



SCHEDA D'ISCRIZIONE

AL RUOLO DEI MEDICI DEL PUGILATO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in Via _____ n. _____
tel. _____ tel. studio _____ cellulare _____
indirizzo e-mail _____, presa visione del *Regolamento del Ruolo dei Medici del Pugilato*, avendo frequentato il Corso di Formazione per Medici del Pugilato tenutosi a _____ in data _____ con esito positivo,

chiede l'iscrizione al Ruolo dei Medici del Pugilato

A tal fine, ai sensi della Legge n. 183 del 12/11/2011 – Art. 15 sulle nuove norme in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive, dichiara:

- di essersi Laureato in Medicina e Chirurgia nell'anno _____ ;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ ;
- di essere specialista in _____ ;
- di essere iscritto alla F.M.S.I. con n. _____ ;
- di non aver riportato condanne penali per reato doloso;
- di non aver subito sospensioni, da parte di Federazioni Sportive Nazionali, superiori ad un anno nell'ultimo quinquennio;
- di essere a conoscenza dell'obbligatorietà del tesseramento annuale alla Federazione Pugilistica Italiana per poter svolgere mansioni ufficiali nell'ambito della stessa.

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03.

Firma
