



## **Inserimento nell'Albo e nei Ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C. con qualifica di “MEDICO”**

L'inserimento nell'Albo e nei Ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C. come “MEDICO”, si ottiene presentando la seguente documentazione:

1. Domanda d'iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con autocertificazione dei dati anagrafici e dichiarazione di non avere provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale (\*)
2. Certificato d'iscrizione all'Albo dei Medici (in data non antecedente ai tre mesi) o Autocertificazione
3. Certificato di specializzazione in MEDICINA DELLO SPORT (\*\*)
4. Fotocopia documento d'identità
5. Fotocopia del codice fiscale

La documentazione dovrà essere inviata al Settore Tecnico/Sezione Medica tramite Raccomandata A/R con ricevuta di ritorno o tramite PEC a [segrmedica.cov@figc.it](mailto:segrmedica.cov@figc.it)

(\*) Modulo in allegato

(\*\*) Solo nel caso di tesseramento in qualità di Responsabile Sanitario o Medico addetto alla 1<sup>a</sup> squadra di Società Professionistiche

Spett.le  
Settore Tecnico della F.I.G.C.  
Sezione Medica  
Via G. D'Annunzio 138  
50135 Firenze

**Oggetto: Domanda di iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con la qualifica di Medico**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	
Data nascita	Luogo di nascita	Prov. nascita

Inoltra domanda d'iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con la qualifica di "Medico" e a tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia:

**DICHIARA**

Di essere residente in:

(scrivere in stampatello leggibile)

indirizzo		
CAP	località	Prov.

Recapiti:

tel. fisso	
Tel. cellulare	
e-mail	

- di non avere provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale**

Alla domanda il sottoscritto allega (barrare la casella dei relativi documenti allegati):

- Domanda d'iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con autocertificazione dei dati anagrafici (\*)
- Certificato d'iscrizione all'Albo dei Medici (in data non antecedente ai tre mesi) o Autocertificazione
- Certificato di specializzazione in MEDICINA DELLO SPORT (\*\*)
- Fotocopia documento d'identità
- Fotocopia del codice fiscale

data \_\_\_\_\_

*firma*

(\*\*) Solo nel caso di tesseramento in qualità di Responsabile Sanitario o Medico addetto alla 1<sup>a</sup> squadra di Società Professionistiche

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art.46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art. 15 Legge 183 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e  
decadenza dai benefici (artt.76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del  
D.lgs 196/2003

**DICHIARA**

- Di essere nato/a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI**  
**DAL \_\_\_\_\_ AL NUMERO \_\_\_\_\_**
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_



## **Inserimento nell'Albo e nei Ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C. con qualifica di “OPERATORE SANITARIO”**

L'inserimento nell'Albo e nei Ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C. come “OPERATORE SANITARIO”, si ottiene presentando la seguente documentazione:

1. Domanda d'iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con autocertificazione dei dati anagrafici e dichiarazione di non avere provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale (\*)
2. Copia del diploma di:
  - ❖ Fisioterapista (DM 14 settembre 1994, n. 741) o titolo equipollente (DM 27 luglio 2000) (\*\*)
  - ❖ Titolo dell'area riabilitativa/fisioterapica come da art. 31 del regolamento ST
3. Fotocopia documento d'identità
4. Fotocopia del codice fiscale

La documentazione dovrà essere inviata al Settore Tecnico/Sezione Medica tramite **Raccomandata A/R con ricevuta di ritorno** o tramite PEC a [segrmedica cov@figc.it](mailto:segrmedica cov@figc.it)

(\*) Modulo in allegato

(\*\*) Ai fisioterapisti o titoli equipollenti viene richiesto il certificato di iscrizione all'Albo (FNOFI) o Autocertificazione

Spett.le  
Settore Tecnico della F.I.G.C.  
Sezione Medica  
Via G. D'Annunzio 138  
50135 Firenze

**Oggetto: Domanda di iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con la qualifica di Operatore Sanitario**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	
Data nascita	Luogo di nascita	Prov. nascita

Inoltra domanda d'iscrizione nei ruoli del Settore Tecnico con la qualifica di **“Operatore sanitario”** e a tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia:

**DICHIARA**

Di essere residente in:

(scrivere in stampatello leggibile)

		indirizzo
CAP	località	Prov.

Recapiti:

tel. fisso	
Tel. cellulare	
e-mail	

- di non avere provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale**

Alla domanda il sottoscritto allega (barrare la casella dei relativi documenti allegati):

- Copia del diploma di Fisioterapista (DM 14.9.1994, n. 741) o titolo equipollente (DM 27.7.2000)
- Copia del diploma di Massofisioterapista (L. 403/71, art.1, abr. da art.1, c. 542 della L. 145/18. L. 43/06, c. 2, art. 1)
- Copia del diploma di Massaggiatore (Arte ausiliaria della professione sanitaria - L. 23 giugno 1927)
- Copia del certificato di iscrizione all'Albo dei fisioterapisti FNOFI o Autocertificazione
- Fotocopia documento d'identità
- Fotocopia del codice fiscale

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*firma*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art.46 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e art. 15 Legge 183 12/11/2011)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e  
decadenza dai benefici (artt.76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del  
D.lgs 196/2003

**DICHIARA**

- Di essere nato/a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- **DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI FISIOTERAPISTI (FNOFI) DELLA PROVINCIA DI  
\_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL NUMERO \_\_\_\_\_**
- DI NON AVERE IN CORSO A MIO CARICO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_



## SOSPENSIONE VOLONTARIA DAI RUOLI

Con la presente il/la sottoscritto/a:

nominativo	nato/a il	codice

**Chiede la sospensione dai ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C. per espletare l'incarico di:**

Specificare l'incarico (dirigente o altre attività)

Nella società:

denominazione	codice

Dal:

data sospensione

*Firma del tecnico*

---

**Il modulo, compilato integralmente, deve essere inviato per e-mail a tesseramento.cov@figc.it**

Federazione Italiana Gioco Calcio - Settore Tecnico

Via G.D'Annunzio 138, 50135 Firenze - +39 055 50901 - [tesseramento.cov@figc.it](mailto:tesseramento.cov@figc.it)  
<https://www.figc.it/it/tecnici> - P.Iva 013578711001



## REVOCA SOSPENSIONE DAI RUOLI

Con la presente il/la sottoscritto/a:

nominativo	nato/a il	codice

**Chiede la revoca della sospensione dai ruoli del Settore Tecnico della F.I.G.C.**

Dal:

<b>data revoca</b>

*Firma del tecnico*

---

**Il modulo, compilato integralmente, deve essere inviato per e-mail a tesseramento.cov@figc.it**

Federazione Italiana Giuoco Calcio - Settore Tecnico

Via G.D'Annunzio 138, 50135 Firenze - +39 055 50901 - [tesseramento.cov@figc.it](mailto:tesseramento.cov@figc.it)  
<https://www.figc.it/it/tecnici> - P.Iva 013578711001



## Richiesta di cancellazione dall'Albo dei Tecnici del Settore Tecnico FIGC

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### In possesso della/e qualifica/che di:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allenatore UEFA PRO                        | <input type="checkbox"/> Allenatore Portieri                 |
| <input type="checkbox"/> Allenatore UEFA A                          | <input type="checkbox"/> Allenatore UEFA C                   |
| <input type="checkbox"/> Allenatore Dilettante 3a categoria         | <input type="checkbox"/> Allenatore Dilettante               |
| <input type="checkbox"/> Direttore Tecnico                          | <input type="checkbox"/> Preparatore Atletico Sett Giov      |
| <input type="checkbox"/> Preparatore Atletico                       | <input type="checkbox"/> Allenatore Portieri Dil e Sett Giov |
| <input type="checkbox"/> Allenatore Calcio a Cinque                 | <input type="checkbox"/> Istruttore di Calcio                |
| <input type="checkbox"/> Istruttore Giovani Calciatori              | <input type="checkbox"/> Osservatore                         |
| <input type="checkbox"/> Allenatore UEFA B                          | <input type="checkbox"/> Match Analyst                       |
| <input type="checkbox"/> Allenatore Dil Reg e Sett Giov - Licenza D | <input type="checkbox"/> Responsabile Sett Giov              |
| <input type="checkbox"/> Allenatore Calcio a Cinque di 1° livello   |  |

### Chiede la cancellazione dall'Albo Tecnici del Settore Tecnico FIGC

***Allego copia di documento di identità in corso di validità***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Le ricordiamo che la cancellazione comporta la perdita dell'abilitazione conseguita per la/le qualifica/che sopra barrata/e. Per poter essere nuovamente iscritto all'Albo dei Tecnici sarà necessario conseguire nuovamente la/le relativa/e abilitazione/i.*

La documentazione dovrà essere inviata a [modulistica.cov@figc.it](mailto:modulistica.cov@figc.it)



## Richiesta di cancellazione dall'Albo del Settore Tecnico - FIGC

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritto all'albo in qualità di:

- Medico
- Operatore sanitario

**Chiede la cancellazione dall'Albo del Settore Tecnico FIGC.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allego copia di documento di identità in corso di validità**

La documentazione dovrà essere inviata a [modulistica.cov@figc.it](mailto:modulistica.cov@figc.it)

Federazione Italiana Giuoco Calcio

Via G.D'Annunzio 138, 50135 Firenze - +39 055 50901 - [modulistica.cov@figc.it](mailto:modulistica.cov@figc.it)  
[www.figc.it](http://www.figc.it) - P.Iva 01357871001