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

(*) Modulo in allegato
(**) **Solo nel caso** di tesseramento in qualità di Responsabile Sanitario o Medico addetto alla 1ª 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 1ª 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

(*) 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 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

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:

data revoca

Firma del tecnico

_____

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

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:

- □ Allenatore UEFA PRO
- □ Allenatore UEFA A
- □ Allenatore Dilettante 3a categoria
- □ Direttore Tecnico
- □ Preparatore Atletico
- □ Allenatore Calcio a Cinque
- □ Istruttore Giovani Calciatori
- □ Allenatore UEFA B
- □ Allenatore Dil Reg e Sett Giov – Licenza D
- □ Allenatore Calcio a Cinque di 1° livello
- □ Allenatore Portieri
- □ Allenatore UEFA C
- □ Allenatore Dilettante
- □ Preparatore Atletico Sett Giov
- □ Allenatore Portieri Dil e Sett Giov
- □ Istruttore di Calcio
- □ Osservatore
- □ Match Analyst
- □ Responsabile Sett Giov

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/e 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**

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**