



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 1^a 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^a squadra di Società Professionistiche