

Al Presidente/Delegato Regionale FMSI

RICHIESTA DI CONVENZIONE

Il sottoscritto _____ (Nome, Cognome),

nato a _____ il (gg/mm/aaaa) _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

in via _____

tel. _____ , e-mail _____

Legale Rappresentante dell'Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport denominato

Partita IVA/CF _____ , con sede a _____

prov. _____ CAP _____ , in via _____

tel. _____ , e-mail _____

CHIEDE

che detto Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport - che è in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla FMSI sia come struttura che come personale - venga convenzionato con la Federazione Medico Sportiva Italiana per concorrere alla realizzazione dei compiti istituzionali previsti dall'art. 2 dello Statuto Federale della FMSI.

Allega autocertificazione (Allegato D).

Il Legale Rappresentante

.....

Data,.....