



TESSERAMENTO OPERATORE SANITARIO

Inviare a tesseramenti@federkombat.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato il	A	Prov.	
Cittadinanza		Residente in Via	
CAP	Città	Prov.	
Codice fiscale		e-mail	
Intestataro CC		IBAN	
Tel		Pec (facoltativo)	
Tess. FK (SI o NO)		Regione	

CHIEDE IL TESSERAMENTO CON LA QUALIFICA DI

- Medico Sociale;
- Parasitario: Fisioterapista Altro _____
- Medico di Gara abilitazione previo corso federale del _____

Presso l'Ente Sportivo:

--

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del predetto D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

(barrare l'area propria competenza):

- Di non avere riportato condanne penale e di non essere destinatario provvedimenti iscritti nel Casellario Giudiziale;
- Di non avere in corso procedimenti disciplinari;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al numero _____;
- Di essere in possesso della specializzazione in Medicina dello Sport conseguita in data _____;
- Di essere iscritto all'Albo Professionale dei FISIOTERAPISTI (FNOFI) della Provincia di _____ dal _____ al numero _____;
- Altro _____.



Dichiaro di essere a conoscenza che l'accettazione è subordinata alla valutazione ed al giudizio insindacabile della Commissione Medica Federale.

Altresì dichiaro di aver preso visione [dell'informativa rilasciata dalla FK](#), ai sensi dell'Art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, e di acconsente al trattamento dei propri dati personali, per quelle finalità il cui fondamento giuridico è il consenso.

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

- Certificato d'iscrizione all'Albo dei Medici o Autocertificazione;
- Certificato di specializzazione in Medicina dello Sport;
- 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
 - Copia del bonifico di Euro 50,00 IBAN c/c IT92V0503420408000000029997 (la quota versata non costituisce accettazione che resta a cura della SNF, in caso di non conformità della domanda, la quota sarà resa)

I Medici e gli operatori:

- a. devono documentare, se richiesto, la propria iscrizione al rispettivo Albo Professionale, se esistente;
- b. devono essere tesserati alla Federazione, nei ruoli di competenza;
- c. devono rispettare lo Statuto e le norme federali;
- d. devono partecipare al corso per Medici degli Sport da Combattimento organizzato dalla Commissione Medica Federale;
- e. si impegnano ad operare secondo scienza e coscienza;
- f. si impegnano al rispetto delle direttive emanate dai rispettivi Settori e/o dal Medico Federale;
- g. svolgono la loro attività nel pieno rispetto delle regole morali e delle normative antidoping Nazionali ed Internazionali, adoperandosi al massimo affinché le stesse siano applicate e rispettate dagli altri tesserati;
- h. devono adeguarsi al Decreto Ministeriale del 24 aprile del 2013 relativamente alla dotazione e l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri salvavita.

Data Firma (leggibile per esteso)