

CONI

FMSI

ASSOCIAZIONE MEDICO SPORTIVA DILETTANTISTICA

DI _____

Cognome e Nome			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice fiscale			
Cap		Città	
Indirizzo			
Telefono		Cellulare	Fax
Email			
Anno di Laurea		Università	
Ordine dei Medici		n° Tess	
Docenze			
Specializzazioni			
Titoli di carriera universitari e/o ospedalieri			
Cariche/incarichi presso Enti, Organizzazioni, Associazioni varie			
Collaborazioni presso Istituti e Centri Medico Sportivi	dal		al
Medico di Società Sportiva	dal		al
Medico Scolastico	dal		al

Data _____

Firma _____

Firma Presidente A.M.S.D.

Riservato alla FMSI

Tessera N°		A.M.S.D.	
Dottor			
Indirizzo			
Regione		Provincia	
Posizione N°			
Data iscrizione FMSI			
Qualifica di	Socio Ordinario Effettivo (Medico Sportivo ai sensi di Legge)		
	Socio Ordinario (Libero Docente – Specialista in Medicina dello Sport)		
	Socio Aggregato		
Altre Note			