ALLEGATO A

DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEGLI SPECIALISTI IN MEDICINA DELLO SPORT GIUSTA DELIBERA G.R. N° 5507 DEL 15.11.2002

Alla Regione Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR
UOS 204.02.01 Sviluppo dell'assistenza territoriale del SSR,
attività consultoriale e assistenza materno-infantile
assistenza.territoriale@pec.regione.campania.it

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Nato/a a _____ Prov. _____, il ____/____/_____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
numero di telefono _____ indirizzo PEC_____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco regionale dei Medici Specialisti in Medicina dello Sport per il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica, per

☐ svolgere esclusivamente attività certificativa di cui al D.M. 18/02/82;
☐ svolgere attività certificativa ed accertamenti di base previsti dal D.M. 18/02/82;

(barrare la casella corrispondente all'attività che si intende svolgere)

Presso la sede di:
Comune _____Prov. _____
Via/Piazza_____ n._____ CAP_____.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000):

DICHIARA:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il_____ presso l'Università _____
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con n°_____
- di essere in possesso della Specializzazione in Medicina dello Sport conseguita il_____ presso l'Università _____, ovvero di essere in possesso dell'attestato di cui all'art. 8 della Legge 26.10.1971 n° 1099 rilasciato il_____ dall'Università _____ .

Data _____

_____
Firma

N.B. si allega copia del documento di identità in corso di validità.