



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA
MOTO CLUB D'ITALIA ENTE MORALE

LIBERATORIA PER ASSISTENZA MEDICA

Io sottoscritto: _____

(in caso di minore età del pilota): io sottoscritto _____

esercitante la tutela genitoriale del minore _____

Tesserato per il Moto Club: _____

N. di tessera: _____

N. di Licenza: _____

Conscio delle possibili conseguenze legate all'assunzione di tale scelta, decido di affidarmi alla cura di un mio medico/struttura sanitaria di fiducia e sollevo da ogni responsabilità il servizio medico operativo della gara: _____

del _____, organizzata dal Moto Club _____

Data:

Ora:

Firma:

Estremi di un documento di riconoscimento: _____

Raccomandazioni FMI:

- *Il presente documento dovrà essere prodotto in triplice copia: una per il pilota, una da consegnarsi al Commissario di Gara, ed infine una per il Medico di Gara.*
- *Si fa presente che, a prescindere dalla sottoscrizione del presente modulo, l'eventuale riammissione alla gara risulta comunque di competenza del Medico di Gara.*