



MODULO A

Modulo di partecipazione allo svolgimento del Corso di Formazione dei Medici di Gara

GENERALITA' del Medico:

COGNOME	
NOME	
LUOGO e DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO di RESIDENZA	
CAP	
CITTA' - PROVINCIA	
CELLULARE	
MAIL	

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION - GDPR)

Federazione Motociclistica Italiana, con sede legale in Viale Tiziano 70, 00196, Roma RM, Italia, C.F. 05277720586 e P.IVA 01383341003, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 che i dati personali da Lei volontariamente messi a disposizione per la richiesta di partecipazione al corso di formazione, potranno formare oggetto di trattamento con le modalità e per le finalità esplicitate in fase di Tesseramento alla FMI per l'anno in corso, comunque, nel rispetto del principio di riservatezza cui è ispirata l'attività della Federazione.

Il sottoscritto _____

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 comma 2 del "Regolamento ed Istituzione dell'Elenco Ufficiale dei Medici di Gara della FMI", dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui al citato articolo - ai sensi e per gli effetti dell'art 47 del D.P.R. 445/2000 - di:

- aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia
- essere iscritto presso l'Ordine dei Medici di _____ tessera n. _____
- essere in possesso dell'iscrizione alla FMSI Tessera n. _____
- aver conseguito la/e seguente/i specializzazione/i in:



Federazione
Motociclistica
Italiana

- traumatologia
- ortopedia
- medicina dello sport
- anestesia e rianimazione
- altro (specificare) _____

di aver già prestato assistenza in occasione delle seguenti manifestazioni motociclistiche:

Manifestazione sportiva	Località	Data

Note ed eventuali informazioni aggiuntive utili a far conoscere la Sua esperienza alla Commissione Medica.

Data: _____

Firma: _____