**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 qualità̀ 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 modalità̀ e per le finalità̀ 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:
* 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_