

**TESSERAMENTO 2024**  
**Dichiarazione sull' idoneità all' attività sportiva e sulla tutela sanitaria**  
**degli sportivi professionisti**  
**(NON atleti)**

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di legale rappresentante  
della Società Sportiva ....., che gestisce  
il Gruppo Sportivo .....,

**DICHIARA**

ai fini degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione, che la funzione di medico sociale è svolta  
dal Dottor ..... iscritto al Ruolo dei medici  
delle società sportive ciclistiche della FCI;

**DICHIARA INOLTRE**

che per i sottoelencati sportivi professionisti non atleti, in possesso di contratto di lavoro stipulato con  
la Società Sportiva.....  
con la qualifica di .....,

ai sensi della vigente legislazione ed integrazioni e del D.M. Sanità del 13.03.1995, sono rispettate le  
norme stabilite in ordine alla tenuta delle schede sanitarie, con i relativi aggiornamenti semestrali, di  
ogni singolo sportivo professionista non atleta, unitamente al possesso della certificazione di idoneità  
alla pratica sportiva non agonistica, rilasciata in base alle disposizioni del DM del 24 marzo 2013 e  
successivo DM del 8 agosto 2014, secondo il modello di cui all'allegato C dei suddetti decreti e che i  
suddetti documenti sono conservati presso la sede sociale;

*Elenco sportivi professionisti non atleti, sotto contratto:*


In fede.

*Luogo e data*

*(timbro della società)  
firma del legale rappresentante*