



Federazione Ciclistica Italiana
Comitato Regionale Piemonte

Dichiarazione accettazione MEDICO DI GARA

Il sottoscritto

Iscritto all'Ordine dei Medici di Tess. n.

Iscritto alla F.I.S.M. Tess. n.

A conoscenza dei regolamenti e delle responsabilità che gli competono

D I C H I A R A

di accettare l'incarico a svolgere le funzioni di MEDICO DI GARA alla gara ciclistica

denominata: (ID nr.)

organizzata dalla società: (cod. FCI

riservata alla categoria : (classe:

in programma il giorno

in località:

Data

IL MEDICO DI GARA
