



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

00196 Roma - Viale Tiziano, 70 - Tel. 06.32488.226-236-252 - Fax 06.32.16.582 - E-mail: licenze.infortuni@federmoto.it

RICHIESTA LICENZA INTERNAZIONALE ANNO 200

SPECIALITÀ

MOTO	CILINDRATA	CLASSE

Cognome e Nome

Data di Nascita

N. Lic. Naz. o tessera per Meccanico

N. Telefonico Fisso

Cellulare

E-mail

N. Moto Club o N. Team

Denominazione del Moto Club o Team

Richiesta Pilota:

Licenza Annuale

Manifestazione Singola

Più Singole Manifestazioni

Richiesta Team:

Licenza Annuale

Manifestazione Singola

Più Singole Manifestazioni

Richiesta Meccanico Trial:

Licenza Annuale

Gare Internazionali a cui si intende partecipare (1):

DENOMINAZIONE	LUOGO	DATA	N. EMN / IMN	IMPORTO

Curriculum Sportivo (2):

(1-2) - Elementi necessari alla CTSN per valutare l'eventuale rilascio della Licenza Internazionale e dei relativi nulla-osta.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI CONOSCERE E DI ACCETTARE LE NORME ED I REGOLAMENTI DELLA FMI, IN PARTICOLARE LO STATUTO, IL REGOLAMENTO ORGANICO FEDERALE, ED IL CODICE MONDIALE ANTIDOPING.

.....
FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE DEL CONDUTTORE
(OBBLIGATORIA)

IL SOTTOSCRITTO NELLA SUA QUALITÀ DI PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ DI CUI ALLA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA CHE IL SUDETTO SOCIO HA SOTTOSCRITTO PERSONALMENTE LA DOMANDA.

.....
FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE DEL PRESIDENTE
(OBBLIGATORIA)

.....
TIMBRO DEL
MOTO-CLUB

.....
Luogo e Data

TIMBRO DI ARRIVO	RISERVATO C.T.S.N.	RISERVATO UFFICIO LICENZE

Il Concorrente

iscritto ad un Campionato, ad un Prix FIM o ad una manifestazione internazionale, ai sensi del regolamento sportivo FIM, si impegna ad esonerare la FIM, la FMNR, gli organizzatori e gli ufficiali di gara, nonché i loro rappresentanti e dipendenti, da qualsiasi responsabilità per eventuali lesioni fisiche o danni materiali, in cui potrebbe incorrere durante lo svolgimento di un Campionato, Prix FIM, una manifestazione internazionale o un allenamento in vista di tali manifestazioni.

Il Concorrente si impegna altresì a sollevare la FIM, la FMNR, gli organizzatori e gli ufficiali di gara, nonché i loro rappresentanti e dipendenti, da qualsiasi responsabilità verso terzi per eventuali perdite, danni o lesioni di cui sia responsabile congiuntamente e individualmente.

Il Concorrente dichiara di essere a conoscenza che le delibere definitive emesse dagli organi giurisdizionali o dall'Assemblea Generale della FIM non possono essere appellate davanti i tribunali ordinari, e che tali delibere devono essere sottoposte esclusivamente al giudizio del Tribunale Arbitrale dello Sport, che procederà alla risoluzione definitiva della vertenza ai sensi del Codice di Arbitrato Sportivo.

Firma del pilota o del suo rappresentante legale

.....

QUESTIONARIO

(Da compilare e firmare dal Pilota)



Dati e notizie personali

Appendice A

Cognome		Nome		Data nascita	
Indirizzo					
Sesso:	M	F	Tel.	Fax	e-mail:

NO		SI	DETTAGLI
<input type="checkbox"/>	Hai avuto per qualsiasi ragione perdita di coscienza, capogiri o mal di testa?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai disturbi agli occhi (escluso per necessità di occhiali)?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Riconosci i colori?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sei asmatico in trattamento con farmaci?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sei allergico a farmaci o punture di insetti?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sei diabetico?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai problemi di cuore?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sei iperteso o hai sbalzi di pressione?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai problemi intestinali (ulcera, diarrea, etc.)?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai problemi del sistema urinario o genitale?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai mai avuto convulsioni o epilessia?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai avuto disordini psichici o nervosi?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai difficoltà di movimento di gambe e braccia?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai avuto crampi muscolari?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai facilità alle emorragie?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hai subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fai regolare uso di droghe o alcool?	<input type="checkbox"/>

Inoltre il sottoscritto dichiara (leggere con attenzione):

- 1) Di non essere mai stato dichiarato **non idoneo** allo sport agonistico (motociclistico o di altro tipo).
- 2) Di non fare uso di droghe e abuso di alcool.
- 3) In caso di incidente consento allo Staff Medico di rilasciare al Direttore di corsa e alla Federazione nazionale ogni informazione sul mio stato di salute che ritenga opportuna.
- 4) Che le informazioni che ho dato sono vere.
- 5) Di consentire che copia della scheda della mia visita medica sia inviata al Medico della mia Federazione nazionale.

Data

Firma del pilota
(o del Genitore o del Tutore se minorenne)

VISITA MEDICA

(Va compilato dal Medico)



Dati personali

Appendice B

Cognome	Nome	Data nascita
Indirizzo		
Sesso:	M	F

NORMALE		ALTERATO	DETTAGLI
----------------	--	-----------------	-----------------

<input type="checkbox"/>	Apparato cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ECG con prova da sforzo *	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ecocardiogramma *	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pressione arteriosa	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Frequenza cardiaca	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Apparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso centrale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso periferico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Orecchio, naso e gola	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Apparato vestibococleare destro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Apparato vestibococleare sinistro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Apparato locomotore	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Braccio destro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Braccio sinistro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gamba destra	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gamba sinistra	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Colonna vertebrale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Addome (presenza di ernie?)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Albumina urinaria	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucosio urinario	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Visione a distanza senza correzione	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Occhio destro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Occhio sinistro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Visione a distanza con correzione	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Occhio destro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Occhio sinistro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Riconosce i colori	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Campo visivo	<input type="checkbox"/>	

* esami obbligatori per ottenere Superlicenza nella Specialità Cross-Country Rallies

- Io sottoscritto certifico che il pilota **è idoneo** a prendere parte a gare motociclistiche.
- Io sottoscritto certifico che il pilota **NON è idoneo** a prendere parte a gare motociclistiche.
- Io raccomando che il pilota **sia esaminato** da un membro della Commissione Medica della F.M.I. o da un Medico indicato dalla Federazione stessa.

Firma e timbro del Medico

Data



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

APPENDIX 2: - ACKNOWLEDGMENT AND AGREEMENT BY THE RIDER

I, as a member of an FMN and/or a competitor in an FMN or FIM authorised or recognised meeting, hereby acknowledge and agree as follows:

1. I have received and had an opportunity to review the FIM Anti-Doping Code.
2. I consent and agree to comply with and be bound by all of the provisions of the FIM Anti-Doping Code, including but not limited to, all amendments to the Anti-Doping Rules and all International Standards incorporated in the Anti-Doping Rules.
3. I acknowledge and agree that the FMNs and the FIM have jurisdiction to impose sanctions as provided in the FIM Anti-Doping Code.
4. I also acknowledge and agree that any dispute arising out of a decision made pursuant to the FIM Anti-Doping Code, after exhaustion of the process expressly provided for in the FIM Anti-Doping Code, may be appealed exclusively as provided in Article 12 of the FIM Anti-Doping Code to an appellate body and in last instance for final and binding arbitration to the Court of Arbitration for Sport.
5. I acknowledge and agree that the decisions of the arbitral appellate body referenced above shall be final and enforceable, and that I will not bring any claim, arbitration, lawsuit or litigation in any other court or tribunal.
6. I have read and understand this Acknowledgement and Agreement.

Date

Print Name (Last Name, First Name)

Date of Birth
(Day/Month/Year)

Signature (or, if a minor, signature of
legal guardian/representative)

Original received by (FMN or FIM body): -----
-

Stamp:-----

Venue: -----

Date :-----



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

APPENDIX 2: - ACKNOWLEDGMENT AND AGREEMENT BY THE RIDER

I, as a member of an FMN and/or a competitor in an FMN or FIM authorised or recognised meeting, hereby acknowledge and agree as follows:

1. I have received and had an opportunity to review the FIM Anti-Doping Code.
2. I consent and agree to comply with and be bound by all of the provisions of the FIM Anti-Doping Code, including but not limited to, all amendments to the Anti-Doping Rules and all International Standards incorporated in the Anti-Doping Rules.
3. I acknowledge and agree that the FMNs and the FIM have jurisdiction to impose sanctions as provided in the FIM Anti-Doping Code.
4. I also acknowledge and agree that any dispute arising out of a decision made pursuant to the FIM Anti-Doping Code, after exhaustion of the process expressly provided for in the FIM Anti-Doping Code, may be appealed exclusively as provided in Article 12 of the FIM Anti-Doping Code to an appellate body and in last instance for final and binding arbitration to the Court of Arbitration for Sport.
5. I acknowledge and agree that the decisions of the arbitral appellate body referenced above shall be final and enforceable, and that I will not bring any claim, arbitration, lawsuit or litigation in any other court or tribunal.
6. I have read and understand this Acknowledgement and Agreement.

Date

Print Name (Last Name, First Name)

Date of Birth
(Day/Month/Year)

Signature (or, if a minor, signature of
legal guardian/representative)

Original received by (FMN or FIM body): -----
-

Stamp:-----

Venue: -----

Date :-----



FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA

APPENDIX 2: - ACKNOWLEDGMENT AND AGREEMENT BY THE RIDER

I, as a member of an FMN and/or a competitor in an FMN or FIM authorised or recognised meeting, hereby acknowledge and agree as follows:

1. I have received and had an opportunity to review the FIM Anti-Doping Code.
2. I consent and agree to comply with and be bound by all of the provisions of the FIM Anti-Doping Code, including but not limited to, all amendments to the Anti-Doping Rules and all International Standards incorporated in the Anti-Doping Rules.
3. I acknowledge and agree that the FMNs and the FIM have jurisdiction to impose sanctions as provided in the FIM Anti-Doping Code.
4. I also acknowledge and agree that any dispute arising out of a decision made pursuant to the FIM Anti-Doping Code, after exhaustion of the process expressly provided for in the FIM Anti-Doping Code, may be appealed exclusively as provided in Article 12 of the FIM Anti-Doping Code to an appellate body and in last instance for final and binding arbitration to the Court of Arbitration for Sport.
5. I acknowledge and agree that the decisions of the arbitral appellate body referenced above shall be final and enforceable, and that I will not bring any claim, arbitration, lawsuit or litigation in any other court or tribunal.
6. I have read and understand this Acknowledgement and Agreement.

Date

Print Name (Last Name, First Name)

Date of Birth
(Day/Month/Year)

Signature (or, if a minor, signature of
legal guardian/representative)

Original received by (FMN or FIM body): -----
-

Stamp:-----

Venue: -----

Date :-----