

SOLICITUD DE LICENCIA 2011

La solicitud deberá ser llenada a máquina o letra de imprenta clara en todos sus campos

Fecha solicitud N° Lic. Ant.

Local:Infantil..... Promoc

Categoría:

Regional:Infantil.....Promoc.....

Nacional:Infantil.....Promoc.....

Clase:

Internacional:

Solicitante:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de Nac. Edad Grupo y Factor Sanguíneo:

Nac. Documento

TIPO

NUMERO

PASAPORTE N° Vencimiento:

Teléfono: Fax:

E-mail:

Domicilio: Calle: Número Piso Dpto.

Localidad: C.P.:

Provincia: Profesión:

- 1.- Por la presente, declaro tener conocimiento y aceptar el Reglamento Deportivo y Disciplinario de la U.C.I. ; U.C.R.A. y de la F.A.Ci.Mo..- Por este medio, acepto los controles antidoping que se realizarán durante el Calendario F.A.Ci.Mo. 2011 y acepto lo Métodos, Procedimientos y Sanciones previstos en los Reglamentos Disciplinarios de la U.C.I.; U.C.R.A.; F.A.Ci.Mo. y Acuerdos de adhesión Internacional, ratificados por la República Argentina, en materia de regulación y control antidoping.-
- 2.- Declaro que los datos por mí provistos en la Ficha de Licenciamiento son reales y asumo responsabilidad de los mismos.
- 3.- Me hago responsable por mí estado físico declarando gozar de buena salud, habiendo sido certificado por el médico firmante según constancia que adjunto a la presente.- Declaro estar entrenado adecuadamente para participar de las competencias previstas en el **Calendario 2011**, y hacerme responsable por los accidentes que pudiera sufrir antes, durante y después de cada evento del **Calendario 2011** de la **F.A.Ci.Mo.**-
- 4.- Por no disponer de seguro personal, acepto las condiciones de la póliza de seguro que la Federación Argentina (**F.A.Ci.Mo.**) pone a disposición en cada evento que realice, aceptando el tipo de cobertura y montos asegurados.-
- 5.- Acepto el Seguro de Cobertura de/los organizadores de eventos deportivos en caso de accidente o descompensaciones, que es ser atendido en el lugar del hecho y ser transportado hasta el lugar de Asistencia Médica Primaria, donde se da por concluida la responsabilidad de/los organizadores para con el competidor, pasando a ser la consecución del hecho, responsabilidad del seguro propuesto por la **F.A.Ci.Mo.**-
- 6.- Por este instrumento cedo todos los derechos de utilización de mi imagen, renunciando a recibir cualquier renta proveniente por derecho de televisión o cualquier otro tipo de transmisión o difusión de las competencias que son de propiedad de la **F.A.Ci.Mo.**

Firma del Titular

Aclaración

Autoridades que avalan datos y firma

VELOCLUB Mar del Plata



Firma del Secretario del Club – Aclaración

Firma del Presidente del Club – Aclaración

Asociación Regional Solicitante:

Sub Regional Mar y Sierras



Firma del Secretario - Aclaración

Firma del Presidente - Aclaración

Autorización del Padre y Madre (Ambos) Tutor o Apoderado (hasta los 21 años)

Condición del Firmante PADRES TUTORES APODERADO Marcar con una x

En nuestro carácter de autorizamos a competir en pruebas de ciclismo de acuerdo al Estatuto y Reglamento de la F.A.Ci.Mo. y U.C.I. que declaro conocer.-

En mi condición de Firmante Responsable acepto las condiciones de los puntos 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 propuestas al titular de la licencia.

Firma Padre: Aclaración: Doc. Tipo: N° :

Firma Madre: Aclaración: Doc. Tipo: N° :

Firma del Tutor: Aclaración: Doc. Tipo: N° :

Firma del Apoderado
y/o Responsable: Aclaración: Doc. Tipo: N° :

Domicilio: Tel.: Localidad:

<p>Autoridad Certificante: Firma y sello de la autoridad judicial, policial y/o escribano del lugar de su residencia, que testifica documento, nombre, apellido, domicilio y vínculo del autorizante:</p> <p>Firma: Aclaración:</p>	<p>Sello</p>
--	--------------

<p>Certificado de Aptitud Médica para la Practica Deportiva:</p> <p>El suscribe, Dr.:</p> <p>Matrícula Nac./ Prov. N°</p> <p>Extiende el presente certificado de APTO – MEDICO para la práctica deportiva de ciclismo, para que el deportista solicitante de la presente licencia pueda intervenir en competencias de ciclismo que se realicen bajo las reglamentaciones de la F.A.Ci.Mo. y la U.C.I.; habiéndosele realizado todos los estudios necesarios para extender el presente CERTIFICADO.-</p> <p>Lugar: Fecha: / /</p> <p>Firma del profesional:</p> <p>Sello aclaratorio y Matrícula:</p>	<p>Sello</p>
---	--------------

<p>Para uso de la F.A.Ci.Mo.:</p> <p>Recibida <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Por: Categoría: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Licencia N° <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
--

<p>IMPORTANTE: La solicitud se debe acompañar con fotocopia del D.N.I. (1º y 2º hoja) y cambio de domicilio). En caso de ser corredor licenciado en años anteriores solo mencionar el N° de Licencia <u>La falta de datos, legibilidad, firmas u otro elemento importante, motivará la devolución de la solicitud.</u></p> <p>GIRO POSTAL: Por el valor de la licencia solicitada</p>
--