

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIAS

**APERTURA / RENOVACIÓN
 DE LICENCIAS**

TEMPORADA

NUEVA APERTURA

RENOVACION

MÁRQUESE CON UNA (x)

Nº Licencia.....

Espacio reservado para la F.E.D.M.F.

| | | |
|----------------------------|--|-----------------------------|
| Nombre | | |
| Apellidos | | |
| Club | | |
| Mod.Deportiva | | |
| Tipo de Minusvalía | ► exclusivamente minusválías pertenecientes a la FEDMF | |
| Función del Técnico | | |
| Silla | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| D.N.I./ PASAPORTE | | |
| Domicilio | | |
| Localidad | | |
| C.Postal | | |
| Provincia | | |
| Correo Electrónico | | |
| Teléfono | / | |
| Fecha Nacimiento | / / 19..... | |
| Nacionalidad | | |

**EN SOLICITUD DE LICENCIAS
 DE BALONCESTO
 (MARCAR LIGADURAS)**



indicar la clase/puntos de competición, indicando su categoría (nacional , internacional o provisional) + fecha de la clasificación , en apartado reducción (solo baloncesto) indicar si se solicita dicha reducción acorde a Normas Básicas.

CLASE/ PUNTOS

CATEG. CLASIF

REDUCIR PUNTUACIÓN
(solo baloncesto)

PUNTUACIÓN
REDUCIDA
(solo baloncesto)

FECHA DE LA
CLASIFICACIÓN

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS denominado "Gestión Federación" para la gestión derivada de las actividades federativas, asimismo nos consiente expresamente el tratamiento de los datos relativos a las minusválías para la misma finalidad. Le informamos que dichos datos serán cedidos a la Mutualidad General Deportiva para el trámite del seguro deportivo y a las Fed.Territoriales para las actividades federativas que estas desarrollen. Le informamos que pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en Calle Ferraz, 16 - 28008 MADRID

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Firma del deportista o técnico solicitante | Sello Fed. Territorial | Firma y sello del Club |
| Firma | | |

Sólo rellenar en caso de ser tutor/titular patria potestad

D./Dª.-

D.N.I.

Fecha solicitud

/

/ 200..

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE TODOS LOS DATOS EXPUESTOS EN ESTA FICHA DE SOLICITUD DE LICENCIA SON VERIDICOS. EN EL CASO DE DEMOSTRARSE FALSEDAD EN ALGUNO DE LOS MISMO , ACARREARA LA NO TRAMITACIÓN DE LA LICENCIA O LA POSIBLE ACTUACIÓN DE LOS ÓRGANOS JURÍDICOS DE LA FEDMF. LA FALTA DE CONSIGNACIÓN DE ALGÚN DATO EN ESTE FORMULARIO INCURRIRÁ EN LA NO ACEPTACIÓN DEL MISMO COMO DOCUMENTO DE SOLICITUD DE LICENCIA POR LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS

TRANSFERENCIA A:

BANCO ZARAGOZANO C/c.nº 0103 0260 75 010009448