

Apelidos:

Nome:

CIF:

Data nacemento:

Localidade nacemento:

Enderezo:

clic para agregar foto

Localidade:

C. Postal

Categoría Árbitro:

Categoría Oficial:

Talla:

Teléfonos:

Email:

Iban:

Bic:

Vínculos con clubs :

Vehiculo:

SI

NO

Data :

Autorizo ao meu fillo/a a realizar ás actividades de árbitro/oficial de mesa.

Autorizo a que realice desprazamentos ocasionados por esas actividades.

O abaixo firmante, Médico Colexiado con número

CERTIFICA ter recoñecido ao árbitro solicitante, e decláralo APTO para realizar funcións como árbitro de baloncesto.

(pode substituír este documento con un certificado médico)

Podes engadir a sinatura dixitalizada

Sinatura do pai ou nai se o solicitante é menor de idade

sinatura do médico (pode engadir sinatura dixitalizada)

- Os dereitos de arbitrase, para os maiores de 18 anos, estarán suxeitos a unha retención do 2% salvo que soliciten por escrito unha retención superior.

- Adxuntar xustificante de pago da mutua deportiva (nº de conta la Caixa ES27 2100 1455 11 0200136257)

Obrigatoria a presentación do documento correspondente a LPDA