

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS



SOLICITUD LICENCIA DEPORTIVA FADECH 2023

FECHA RUT

DATOS PERSONALES

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento Nacionalidad Estado Civil

Domicilio Particular Número Depto. Comuna

Ciudad Celular e-mail obligatorio

LICENCIA Y ASOCIACION

Tipo de licencia			
Internacional	<input type="checkbox"/>	Recreativa	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>	Por evento	<input type="checkbox"/>
Nacional	<input type="checkbox"/>	Digital	<input type="checkbox"/>
Concurrente	<input type="checkbox"/>	Firma Piloto	
Oficial	<input type="checkbox"/>	Para los menores de edad, debe venir firmado este formulario por ambos padres.	

Declaro bajo juramento que los datos consignados son expresión fiel de la realidad

Asociación

Club

Categoría

Pase Asociación Firma y Timbre

BENEFICIARIO SEGURO

En caso de fallecimiento por causa de un accidente, declaro como beneficiario a la persona o las personas, cuyo(s) nombre(s) designo con tal carácter. Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa de lo contrario. Al dejar en blanco se entenderá como beneficiario a los herederos testamentarios.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Rut	Parentesco	% Beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTECEDENTES MEDICOS

Medico Responsable

Nombre:

No. Col. Medico / RUT:

Firma y Timbre

El Médico que suscribe declara que el Sr: se encuentra

Apto	<input type="checkbox"/>	Alergico si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
inapto	<input type="checkbox"/>	Especificar	<input type="text"/>		
Condicional	<input type="checkbox"/>	Especificar	<input type="text"/>		

Declaro que mi sistema de previsión es: Isapre: Fonasa: Particular: