

**SOLICITUD DE LICENCIA FEDERATIVA AUTONOMICA**



Deportista  
 Técnico      Directivo  
 Menor de 14 años     (Señalar con una "X")

(A cubrir por FGDMF)  
**Año:**  
**Nº**

NOMBRE			
APELLIDOS			
CLUB			
DEPORTE / S	1	2	3
SI TECNICO: TIPO	<input type="checkbox"/> ENTRENADOR	<input type="checkbox"/> DELEGADO	<input type="checkbox"/> AUXILIAR
MINUSVALIA			
¿Usa Silla de Ruedas?	(SI/NO)		
D.N.I.			
FECHA NACIMIENTO	/ /		
DOMICILIO			
LOCALIDAD			
CODIGO POSTAL			
TELEFONO			
FECHA SOLICITUD	/ /		
FIRMA DEL DEPORTISTA			
	SELLO DEL CLUB		

ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA EMISION DE LA LICENCIA FEDERATIVA CONSIGNAR TODOS LOS DATOS REQUERIDOS EN ESTE FORMULARIO.  
 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 el presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la FEDERACIÓN GALLEGA DEPORTES MINUSVÁLIDOS FÍSICOS para la gestión derivada de las actividades federativas. Asimismo nos consiente expresamente el tratamiento de los datos relativos a las minusvalías para la misma finalidad. Le informamos que dichos datos serán cedidos a la Mutuallidad General Deportiva para el trámite del seguro deportivo. Le informamos que pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en C/ Luis Ksado 17, 36209 Vigo

FECHA ENTRADA EN F.G.D.M.F.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SELLO FGDMF