



FGM	
RFME	

SOLICITUDE DE LICENZA

CASA DO DEPORTE

r/ Fotografo Luis Ksado, 17 Ofic. 14 - 36209 VIGO

Nº Licenza: _____

MX-SX	EN	TR	VEL	QD	TUR	MEC
SEN	JUN	CAD	XUV	ALV	VET	

1º Apelido _____

2º Apelido _____

Nome _____

Email _____

Data de Nacem.: _____ D.N.I. Nº.: _____

Rua _____ Núm.: _____ Piso: _____ TLF: _____

Localidade _____ C.P. _____ Provincia _____

Carnet de conducir, clase A:

NON	
SI	

 Neste Caso enviar certificado Médico aptitude Física
Enviar Fotocopia

Clube polo que participa nas provas _____

Declaro coñecer os regulamentos deportivos motociclistas, adheríndome plenamente e sen reparos ós estatutos da F.G.M. e R.F.M.E., ás regulamentacións que poida dictar no sucesivo, así como ás súas decisións en todo caso, e comprométome a que os meus compromisos publicitarios non me impedirán formar parte dos equipos autonómicos ou nacionais se fose seleccionado para eles.

O solicitante que non esté en posesión do carnet de conducir clase A (motos) deberá presentar certificado médico de aptitude para a práctica deportiva motociclista. Os menores de 18 anos deben presentar autorización dos pais.

Os datos facilitados neste documento incorporanse a un ficheiro cuxa finalidade exclusiva é a actividade federativa. A súa comunicación á FGM é obrigatoria para os afiliados a mesma. Estes datos non serán tratados sen consentemento expreso do seu titular, quen poderá exercer en todo momento os dereitos de acceso, rectificación, cancelación ou oposición nos termos previstos na "Ley Orgánica de Protección de Datos de Caracter Personal". É responsable do tratamento do ficheiro a Federación Galega de Motociclismo.

En _____ a _____ de _____ 200_____

Selo Moto Clube

Sinatura do Interesado

(Pais ou tutor en caso de menores)

AS SOLICITUDES DE LICENZA É OBRIGATORIO QUE VEÑAN SELADAS POR UN MOTO CLUBE