



FEDERACION DE ASOCIACIONES DE PILOTOS Y CLUBES DEL DEPORTE MOTOR SANTAFESINO

Avda. San Martin 391 - 2452 - San Jorge (SF) - Tel/Fax: 03406 - 0440333
www.fapcsa.com.ar - mail: contacto@fapcsa.com.ar
Personeria Juridica: Resol. N° 820/10 -

Solicito al Sr. Presidente de F.A.P.C.D.M.S. quiera tener a bien extenderme una Licencia Deportiva, para lo cual cumpla en informarle mis datos personales, fidedignos y actualizados.

SOLICITUD DE LICENCIA DEPORTIVA ZONAL

PILOTO



CATEGORIA:	CLASE/S
APELLIDO y NOMBRE:	D.N.I.
FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
CODIGO POSTAL:	PROVINCIA
TEL/FAX 1:	E-MAIL 1:
TEL/FAX 2:	E-MAIL 2:
LICENCIA MEDICA:	OTORGADA POR:

CONCURRENTE



APELLIDO y NOMBRE:	D.N.I.
FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
CODIGO POSTAL:	PROVINCIA
TEL/FAX 1:	E-MAIL 1:
TEL/FAX 2:	E-MAIL 2:

NAVEGANTE



APELLIDO y NOMBRE:	D.N.I.
FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
CODIGO POSTAL:	PROVINCIA
TEL/FAX 1:	E-MAIL 1:
TEL/FAX 2:	E-MAIL 2:
LICENCIA MEDICA:	OTORGADA POR:

VENCIMIENTO:

Me comprometo a notificar cualquier cambio en los datos indicados dentro de los 10 días (diez) corridos de producida dicha modificación. Asimismo, declaro expresamente conocer y aceptar el Reglamento Deportivo de la F.A.P.C.D.M.S., el Reglamento Deportivo Automovilista (R.D.A.) de la CDA del A.C.A, y todos sus anexos, y cumplirlos en toda su extensión, como así también aceptar y cumplir con las disposiciones que al respecto citare la F.A.P.C.D.M.S.

FOTO COLOR 4 X 4

FECHA SOLICITUD:	FIRMA SOLICITANTE	FOTO COLOR 4 X 4
LICENCIA N°:		
ACLARACION:.....		

EXCLUSIVO F. A. P. C. D. M. S.

TIPO y N° FACTURA:	FECHA:	IMPORTE
CONFECCIONO:	APROBO C.E.	
FIRMA:	ACLARACION	