



SOLICITUD DE LICENCIA DEPORTIVA 2023



DATOS PERSONALES	FECHA:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		RUT:	<input type="text"/> - <input type="text"/>				
		DD	MM	AAAA					
	NOMBRE COMPLETO:	<input type="text"/>							
	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		NACIONALIDAD:	<input type="text"/>		ESTADO CIVIL:		
		DD	MM	AAAA					
	DOMICILIO PARTICULAR	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	NOMBRE CALLE		NUMERO/DEPTO/BLOCK		REGION				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
	COMUNA		TELEFONO CONTACTO		CORREO ELECTRONICO				

LICENCIA Y CLUB	TIPO DE LICENCIA	
	ANUAL <input type="checkbox"/>	
	<hr/> FIRMA PILOTO	
	Declaro bajo juramento que los datos consignados son expresion fiel de la realidad.	
	CLUB	<input type="text"/>
CATEGORIA	<input type="text"/>	
<hr/> FIRMA Y TIMBRE CAD NORTE CHICO		

BENEFICIARIO SEGURO	En caso de fallecimiento por causa de un accidente, declaro como beneficiario a la persona o a las personas, cuyo (s) nombre (s) designo con tal carácter. Si designare a dos o mas beneficiarios, se entendera que lo son por parte iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulacion expresa de lo contrario. Al dejar en blaco se entendera como beneficiario a los herederos testamentarios.			
	NOMBRE COMPLETO	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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AMTECEDENTES MEDICOS	MEDICO RESPONSABLE	<input type="text"/>		
	NOMBRE:	<input type="text"/>		
	N° Col. Medico/RUT:	<input type="text"/>		
		<hr/> FIRMA Y TIMBRE		
		El Médico que suscribe declara que el Sr. <input type="text"/> se encuentra		
	<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO <input type="checkbox"/> CONDICIONAL	ALERGICO	SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		ESPECIFICAR	ESPECIFICAR	<input type="text"/>
SISTEMA DE PREVISIÓN	<input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFICAR:.....			