



## FEDERACIÓN DE BOXEO DE LA REGIÓN DE MURCIA

### A RELLENAR PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIA DE MÉDICO FEDERATIVO

**N. DE COLEGIADO:**

- NOMBRE: .....
- APELLIDOS: .....
- Nº DNI: .....
- DOMICILIO: .....
- CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....
- TELÉFONO: ..... MÓVIL: ..... EMAIL: .....
- FECHA DE NACIMIENTO: .....
- CLUB: .....

Firma del médico y sello.

Fdo. \_\_\_\_\_

En Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

#### **NOTA.- LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD CERTIFICA:**

La lectura, conocimiento, conformidad y aceptación de todas las cláusulas del seguro obligatorio deportivo, y Reglamentos Federativos correspondientes, así como Decretos y Órdenes estatales y autonómicas aplicables a Médicos Federativos. .

#### **Documentación a adjuntar:**

- Dos fotos de carné
- Fotocopia del DNI y de la tarjeta médica o carnet médico colegiado.
- Copia del ingreso bancario de la Cuota Federativa
- Licencia antigua (si es renovación)

NÚMERO DE CUENTA: "LA CAIXA" 2100-5680-51-0200058563

**NOTA: toda solicitud de licencia, tiene que estar tramitada 15 días antes de una competición  
Se autoriza la publicación de los datos del solicitante en la web de esta Federación de Boxeo.**