



FEDERACIÓN ECUATORIANA DE CICLISMO
UNION CICLISTA INTERNACIONAL
SOLICITUD DE LICENCIA 2010



Código UCI Provincia:
 AÑO - MES - DIA

MODALIDAD

RUTA PISTA BMX MTB NOVATO EXPERTO

CATEGORIA (Seleccione la Categoría)

Preinfantil <input type="checkbox"/>	Sub 23 <input type="checkbox"/>	Máster C <input type="checkbox"/>	Club <input type="checkbox"/>	Medico <input type="checkbox"/>	Oficial Carrera <input type="checkbox"/>
Infantil <input type="checkbox"/>	Elite <input type="checkbox"/>	Máster D <input type="checkbox"/>	Director Dep. <input type="checkbox"/>	Masajista <input type="checkbox"/>	Juez Ruta <input type="checkbox"/>
Prejuvenil <input type="checkbox"/>	Máster A <input type="checkbox"/>	Dirigente <input type="checkbox"/>	Patrocinador <input type="checkbox"/>	Mecánico <input type="checkbox"/>	Chofer <input type="checkbox"/>
Juvenil <input type="checkbox"/>	Máster B <input type="checkbox"/>	Provincia <input type="checkbox"/>	Organizador <input type="checkbox"/>	Comisarios <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>					

DATOS PERSONALES				
Cedula No.	<input type="text"/>			FOTOGRAFIA 4 x 5 Cm FONDO BLANCO HASTA LOS HOMBROS
Pasaporte No.	<input type="text"/>			
Apellidos	<input type="text"/>			
Nombres	<input type="text"/>			
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Grupo Sanguineo	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>		Lugar Nacimiento	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>		Provincia	<input type="text"/>
Lugar de Residencia	<input type="text"/>			Provincia <input type="text"/>
Ciudad/Población	<input type="text"/>			Teléfono No. <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>			Email <input type="text"/>
Móvil No.	<input type="text"/>			
Equipo/Club/Asociación al que pertenece	<input type="text"/>			
Firma del Solicitante/Representante			Firma Presidente Club/Equipo/Asociacion	

DOCUMENTOS NECESARIOS	DEPORTISTA CON SEGURO PRIVADO
- Copia del Documento de Identidad (Cedula)	- Copia Póliza Vigente año 2010
- Foto actual a colores (4 x 5 Cm)	
- Tipo de Sangre	
- Solicitud Llena con la Firma del Solicitante y/o Representante del Club o Asociacion	
- Numero de la Papeleta de Deposito en la Cta.Cte. 3355777104 del Banco del Pichincha	
Enviar estos documentos a:	
FEDERACION ECUATORIANA DE CICLISMO	
Av. Américas - Comité Olimpico Ecuatoriano - Explanada Estadio A. Spencer - Teléfonos 593 4 2296385 - 2296502	
Email: ciclismo@coe.org.ec - fec@interactive.net.ec - fec@ecutel.net - federacionecuadorianadeciclismo@hotmail.com P.O.Box 09 01 6738	

IMPORTANTE.- - A LOS CICLISTAS DE DOWNHILL, EL SEGURO UNICAMENTE CUBRIRÁ LOS SINIESTROS OCASIONADOS EN LOS SIGUIENTES EVENTOS OFICIALES NACIONALES:
 .- CAMPEONATO NACIONAL MTB
 .- VALIDAS NACIONALES DE MTB
 .- DE NINGUNA MANERA SE CUBRIRÁN LOS SINIESTROS OCASIONADOS EN EVENTOS NO OFICIALES.

COMPROMISOS DEL LICENCIADO

- 1.- DECLARO NO TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CAUSA QUE IMPIDA LA ENTREGA DE LA LICENCIA SOLICITADA
- 2.- DECLARO NO HABER SOLICITADO A LA UCI U OTRA FEDERACION NACIONAL OTRA LICENCIA PARA EL PRESENTE AÑO
- 3.- ME COMPROMETO RESPETAR LOS REGLAMENTOS, ESTATUTOS DE LA UNION CICLISTA INTERNACIONAL, CONFEDERACIONES CONTINENTALES, REGIONALES, FEDERACIONES NACIONALES Y DE LA FEDERACION ECUATORIANA DE CICLISMO
- 4.- PARTICIPARE EN LAS COMPETENCIAS O MANIFESTACIONES CICLISTAS DE UNA MANERA DEPORTIVA Y LIMPIA. ME SOMETERE A LAS SANCIONES QUE SE DICTEN EN MI CONTRA Y PRESENTARE LAS APELACIONES Y DEMANDAS ANTE LAS INSTANCIAS QUE LOS REGLAMENTOS PREVEEN, TODO EVENTUAL LITIGIO CON LA UCI LO SOMETERE EXCLUSIVAMENTE A LOS TRIBUNALES DE ESTA ENTIDAD DEPORTIVA.
- 5.- ACEPTO SOMETERME A LOS CONTROLES DE ANTIDOPAJE, EN CUALQUIER EVENTO DE CICLISMO EN QUE PARTICIPE.
- 6.- ACEPTO QUE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN ANTIDOPING SEAN PUBLICOS Y COMUNICADOS DETALLADAMENTE A MI FEDERACION PROVINCIAL, ASOCIACION, COMITÉ, EQUIPO DEPORTIVO, CLUB, A MI TECNICO, ENTRENADOR, DELEGADO Y MEDICO.
- 7.- ACEPTO SIN CONDICION ALGUNA, QUE LAS MUESTRAS DE ORINA, SANGRE Y OTRAS QUE HAYAN SIDO TOMADAS, PASEN A SER PROPIEDAD DE LA UCI, PARA QUE PUEDAN SER ANALIZADAS.
- 8.- ACEPTO QUE MI MEDICO PERSONAL, EL MEDICO DEL CLUB, EQUIPO O GRUPO DEPORTIVO COMUNIQUE A LA UCI CUANDO LO REQUIERA, LA LISTA DE MEDICAMENTOS TOMADOS Y DE LOS TRATAMIENTOS MEDICOS REALIZADOS ANTES DE LA PARTICIPACION DE LA PRUEBA DEPORIVA.
- 9.- ACEPTO LAS DISPOSICIONES RELACIONADAS A LOS TEST SANGUINEOS Y, ME SOMETERE A LA EXTRACCION DE SANGRE SIN PERJUICIO DE LAS LEYES NACIONALES VIGENTES.

Firma del Solicitante/Representante

Cedula No: _____

Recibido en:

Aprobado en:

Lic. No.

Lic. Emitida en:

Presidente