

NOMBRE

(ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA)

FEDERACION CHILENA DE AUTOMOVILISMO DEPORTIVO



# SOLICITUD DE LICENCIA DEPORTIVA 2011

USO EXCLUSIVO FAECH

FOTO	LICENCIA Nº				
	[ ][ ][ ][ ][ ]				
LICENCIA CLASE	A	B	C	K	R
COBERTURA DE SEGURO	DEPORTIVA 24 HORAS				[ ]
ALTERNATIVA DE BENEFICIO	1	2	3		
	4	5	6		
CLUB:	.....				
ASOCIACION:	.....				
INGRESO Nº	[ ][ ][ ][ ][ ]				
FECHA	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]				
RECIBIDO POR					

- 1.- El solicitante declara conocer los reglamentos del Código Internacional FIA y los de FAECH que se compromete a respetar y acatar.
- 2.- Asimismo, libera a FAECH y/o instituciones organizadoras de competencias automovilísticas de toda responsabilidad por los daños físicos o materiales que pudiera sufrir o causar a terceras personas o cosas.
- 3.- La Licencia Deportiva otorgada, reconocerá al titular como Piloto Federado y acreedor a los beneficios de la Póliza de accidentes personales a la que haya optado.

**REQUISITOS:**

- Completar la presente solicitud
- 1 foto tamaño carnet
- Valor de la licencia solicitada

**ENTREGA DE LICENCIA**

Recibido por: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

Firma

Despachada por Correo DN.....

[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----

# ANTECEDENTES

PERSONALES	Lugar	Fecha	R.U.T.		
	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 200	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno		
	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil		
	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
Profesión	Licencia Conductor	Fecha Vencimiento			
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Clase <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Munic. <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			
Grupo Sanguíneo	Medicamentos Contraindicados				
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
DIRECCIONES	DOMICILIO PARTICULAR		Número	Depto.	Comuna
	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
	Ciudad	Teléfono	Celular	E-mail	
	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
	DOMICILIO COMERCIAL		Número	Oficina	Comuna
	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Ciudad	Teléfonos		Fax		
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
ATAJADO A	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
Pase del Club (Timbre) FIRMA					
BENEFICIARIO	Declaro que mi sistema de previsión es:				
	<input checked="" type="checkbox"/> ISAPRE	<input type="checkbox"/> FONASA	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
	En caso de fallecimiento por causa de un accidente, declaro como beneficiario a la persona o personas, cuyo(s) nombre(s) designo con tal carácter.				
	<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	
	1	<input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>			
	2	<input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>			
3	<input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>				
Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. Si no designo a una persona determinada, se entenderá que instituyo como beneficiarios a los herederos testamentarios.					
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD.					
_____					
FIRMA					

