



D/D^a _____ con DNI _____
Teléfono _____ e-mail _____

En calidad de **DELEGADO/A** del equipo:

(Nombre del equipo)

(Deporte)

(Categoría -Masc/Fem-)

SOLICITA EL APLAZAMIENTO DEL ENCUENTRO PROGRAMADO INICIALMENTE:

(Equipo 1)

(Equipo 2)

(Jornada)	(Día)	(Hora)	(Instalación)
-----------	-------	--------	---------------

Motivo

(Adjuntar
documentación)

-PREVIO ACUERDO CON EL EQUIPO RIVAL- PARA SU DISPUTA EN:

(Día)	(Hora)	(Instalación)
-------	--------	---------------

Persona Solicitante _____ Solicitud realizada en _____, a _____ de _____ de 201__
De acuerdo
(Delegado/a equipo rival)

Fdo.: _____
DNI.: _____

Fdo.: _____
DNI.: _____

A cumplimentar por el SAD

<p>SE ACEPTA <input type="checkbox"/></p> <p>NO SE ACEPTA <input type="checkbox"/></p>	<p>Plazo 72 horas Sí No Observaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Justificación Sí No Observaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Instalación Solicitado Confirmado Partidos, Planning y LC modificados: Observaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Comité árbitros Solicitado Confirmado Observaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Página Web Programado Aviso interesados Observaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Resolución Firmada Publicada Archivada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---