



D/Dª _____ 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)
-------------	--------------	---------------------

Solicitud realizada en _____, a _____ de _____ de 20__

Persona Solicitante _____

De acuerdo (Delegado/a equipo rival)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

DNI.: _____

DNI.: _____

A cumplimentar por el SAD

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