



## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Remitir a FDACV acompañado de la documentación necesaria.  
Deberá ser debidamente cumplimentado y firmado por el/la solicitante.

Nombre y Apellidos:.....

DNI.: ..... Modalidad Deportiva:.....

E-mail:.....

Teléfono/s de contacto:.....

**SOLICITA:** Se tramite ante la Compañía Aseguradora autorización para:

REHABILITACIÓN. Indicar nº de sesiones: \_\_\_\_\_

PRUEBA MÉDICA. Indicar tipo: \_\_\_\_\_

CONSULTA MÉDICA. Especialista: \_\_\_\_\_

Adjuntando la siguiente documentación:

Modelo SAM-01

Prescripción médica

En ....., a .....de.....de.....

Fdo.:.....