



SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ MÈDICA

Remetre a FDACV acompanyat de la documentació necessària.
Haurà de ser degudament emplenat i signat per el/la sol·licitant.

Nom y Cognoms:.....

DNI.: Modalitat Esportiva:.....

E-mail:.....

Telèfon/s de contacte:.....

SOL·LICITA: Es tramite davant la Companyia Asseguradora autorització per a:

☐ REHABILITACIÓ. Indicar núm. de sessions: _____

☐ PROVA MÈDICA. Indicar tipus: _____

☐ CONSULTA MÈDICA. Especialista: _____

Adjuntant la següent documentació:

☐ Model SAM-01

☐ Prescripció mèdica

En, ade.....de.....

Signat:.....