|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓ DE POSSESSIÓ D'AUTORITZACIÓ FEDERATIVA** | | | | |
|  | | | | |
| **MODEL: NV - 9** |  | **TEMPORADA:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D./Sra.: |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| amb DNI nº | |  | | | en qualitat de |  | | i responsable de l'equip: | |
|  | |  | | |  |  | |  | |
|  | | de |  | Divisió Autonòmica i categoria | | |  | | (sènior/juvenil/cadet…) |
|  | |  |  |  | | |  | |  |
|  | | | (masculí/femení). | | | | | | |

Per absència de les Autoritzacions Federatives i/o el document identificatiu amb foto, declara pel seu honor que els integrants de l'equip que es relacionen amb els números de DNI que s'especifiquen, tenen tramitades les seues respectives autoritzacions federatives en forma i termini per a la categoria corresponent.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOC.** | **A.F** | **COMPONENTS DE L'EQUIP** | **DNI** | **FIRMA DEL TITULAR** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Marcar en el cas d'absència del document identificatiu o l'Autorització Federativa on procedisca.

**En el cas d'absència de document identificatiu amb foto s'haurà de presentar una foto signada pel dors.**

El firmant manifesta que respondrà, en tots els ordes, de la falsedat de les dades exposades, quedant exclosa expressament FEDERACIÓ DE VOLEIBOL DE LA COMUNITAT VALENCIANA de tota responsabilitat.

La falsedat de dades en la present declaració podrà comportar la pèrdua del partit per alineació indeguda i la corresponent sanció conforme a la reglamentació vigent.

En prova de la meua conformitat, signe la present.

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

Signat