

NATACIÓN

DISCAPACITADOS

MUNICIPIO

REGIÓN

MODALIDAD **NO FEDERADOS**

CATEGORÍA

SEXO **MASCULINO / FEMENINO**

N°	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA NAC.			N° DOCUMENTO	DOMICILIO / LOCALIDAD	PATOLOGIA DE BASE			
		DÍA	MES	AÑO			int	Fis/m	sor	cie
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	
	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

Por la mera circunstancia de suscribir la presente Lista de Buena Fe, el aspirante se obliga a respetar en todos sus términos y extensión el Reglamento General, que declara bajo juramento conocer y aceptar. Asimismo reconoce a título confesional como único organismo facultado para su aplicación al Tribunal de Disciplina allí establecido, o el órgano que en futuro pudiera reemplazarlo, consintiendo expresamente lo establecido por el Artículo 28 del Reglamento, en lo concerniente a la irrecorribilidad de sus decisiones.

NOMBRE INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA	TELÉFONO	FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL	ACLARACIÓN
DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN	MUNICIPIO	SELLO MUNICIPAL	

Nota: La presente planilla debe ser confeccionada a máquina o con letra tipo imprenta, consignándose la totalidad de los datos solicitados.