



## REGISTRO DE CUERPO TÉCNICO

Tipo de solicitud: <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Nuevo Registro
Categoría: <input type="checkbox"/> Árbitro <input type="checkbox"/> Entrenador(a) <input type="checkbox"/> Asistente de Entrenador(a) <input type="checkbox"/> Delegado(a) en Campo <input type="checkbox"/> Terapeuta <input type="checkbox"/> Utilero(a)

Apellidos		Nombre		
Fecha de nacimiento  Mes / Día / Año	País de nacimiento	Ciudad	Ciudadanía	Sexo
Edad	Estatura	Peso		
¿Tiene pasaporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Residente EU	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<b>TIPO DE VISA</b>
Dirección Postal	Dirección Física	Teléfono (trabajo o casa)		
		Teléfono (móvil)		
Correo Electrónico:				

Para validar esta solicitud, **ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMPULSORIOS:**

- Pago de cuota anual requerida: \$25
- Resumé (que detalle preparación, experiencias, logros y reconocimientos deportivos)
- Foto 2x2
- Evidencia de estatus legal (copia de pasaporte, visa de trabajo o licencia de conducir)
- Certificado de nacimiento
- Certificados de capacitación (evidencia de todos los adiestramientos y/o talleres que haya tomado en relación al fútbol)
- Copia de acreditación del Departamento de Recreación y Deportes (DRD)
- Certificado de antecedentes penales (expedido por la policía de Puerto Rico)
- Certificación negativa de ASUME
- Certificado negativo de ofensores sexuales (vigente, expedido por la policía de Puerto Rico)

## CAPACITACIÓN Y EXPERIENCIA DEPORTIVA

Cursos tomados (Adjunte Certificados de Evidencia)	Fecha	Entidad que ofrece el curso (Ej. FIFA, FPF, DRD, COPUR)	País
Experiencia Deportiva	Fecha	Evento	Categoría

### CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO Y DE AUTENTICIDAD DE DOCUMENTOS

Certifico que toda la información y los documentos que he sometido son auténticos. Me comprometo a cumplir con los reglamentos de la Federación Puertorriqueña de Fútbol (FPF) y de la Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA), para ser parte del Cuerpo Técnico validado por la FPF . Además, me comprometo a tomar los cursos necesarios que exija la FPF y a someter toda la información adicional que se me solicite.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que \_\_\_\_\_,  
identificado(a) con el documento de identidad número \_\_\_\_\_  
( Licencia de conducir  Pasaporte  Visa) se encuentra capacitado para  
practicar el deporte del fútbol y para ejercer funciones como miembro del  
cuerpo técnico autorizado por la Federación Puertorriqueña de Fútbol  
(FPF), conforme a su historial médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Especialidad

\_\_\_\_\_  
#Licencia

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha