

CIRCULAR 59-2015

- A todas as Delegacións (*)
 - A todos os assembleistas
 - A todos os membros da Xunta Directiva e Comisión Delegada
- (*) Para a súa distribución entre todos os estamentos da súa demarcación

Modelo de solicitude de inclusión de probas de pista, ruta ou campo a través (federadas) no Calendario Autonómico da FGA 2015/16

A Federación Galega de Atletismo notifica a tódolos organizadores de probas en pista, ruta ou campo a través (federadas) que para a inclusión das probas a celebrar na tempada 2015/16 no calendario autonómico deberán cumprimentar o modelo de solicitude abaixo reflexado.

Os organizadores que desexen incluír a súas probas no calendario Nacional da RFEA deben facer tamén a súa inclusión no calendario autonómico.

As solicitudes presentaránse nas delegacións da FGA que lle corresponda por proximidade xeográfica a lo menos con 30 días de antelación. No caso de superar esta data, a FGA reservase o dereito a non autorizar a proba.

Todos os clubs federados estarán exentos de abonar.

A Coruña, 13 de setembro do 2015

Víctor Arufe Giraldez
Secretario Xeral Federación Galega Atletismo



Federación Galega de Atletismo

Avda. de Glasgow, 13. Complexo Deportivo de Elviña. Teléfono: 981291683 -

Correo: secretariogeneralfga@gmail.com

Páxina Web: <http://www.atletismogalego.org> e <http://www.carreirasgalegas.com>

- 15008 - A CORUÑA



IMPRESO DE INCLUSIÓN DE PROBAS DE PISTA, RUTA E CAMPO A TRAVÉS (FEDERADAS) NO CALENDARIO AUTONÓMICO DA FGA 2015/16

NOME DA PROBA: _____

DATA: ____/____/____ LUGAR: _____ INSTALACIÓN: _____

Modalidade: ☐ Pista ☐ Ruta ☐ (non carreiras populares) ☐ Campo a través ☐

☐ Adxunto programa do evento co horario das probas, categorías, premios, etc.

SOLICITANTE

INSTITUCIÓN ORGANIZADORA: _____

DOMICILIO: _____ C.P. _____

LOCALIDADE: _____ PROVINCIA: _____

TLF. FIXO: _____ TLF. MÓVIL: _____ FAX: _____

EMAIL: _____ WEB: <http://www.> _____

Nº de veces que se celebrou a proba: ____

CONTACTO (A efectos de notificación)

PERSOA DE CONTACTO: _____

DOMICILIO: _____ C.P. _____

LOCALIDADE: _____ PROVINCIA: _____

TLF.: _____ / _____ FAX: _____ EMAIL: _____

Desexo incluír a presente proba no calendario da FGA como proba:

Autonómica ☐

Nacional ☐ *

Internacional ☐ *

*Deben aboar o canon da RFEA establecido pola normativa da RFEA

**(NON SE ADMITIRÁ NINGUNHA SOLICITUDE QUE NON VEÑA
ACOMPAÑADA DESTE XUSTIFICANTE DE PAGO E DO VISTO BO DA
DELEGACIÓN FGA)**

Sinatura do organizador;
RESOLUCIÓN FGA

Vº B. Da Delegación FGA;

Aprobada ☐

Rexeitada ☐

D.

O organizador
Victor Arufe Giráldez

O Delegado FGA

Secretario Xeral FGA

En _____ a _____ de _____ do 20__