



Federación Salvadoreña de Motociclismo

AFILIADA A LA FIM Y FIM Latin America.

INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR CARTAS DE AVAL DE PARTICIPACION A LA FEDERACION SALVADOREÑA DE MOTOCICLISMO.

- ELABORAR UNA CARTA SOLICITANDO EL AVAL A LA FEDERACION. Por favor dejar la disciplina a utilizar y borrar las no necesarias.
- (VER ANEXO 1) Llenarlo con los datos de la motocicleta a utilizar y el vehiculo donde se transportara dicha motocicleta, además adjuntar los datos del motorista que conducirá este vehiculo.
- INCLUIR UNA CARTA DE INVITACION AL EVENTO EMITIDA POR LOS ORGANIZADORES.
- CARTA FIRMADA DE EXONERACIÓN DE LA FEDERACION (VER ANEXO 2)
- LA CARTA DE SOLICITUD DEBERA PRESENTARSE CON AL MENOS 5 DIAS HABLES ANTES DE LA COMPETICION. EN CASO DE SER EVENTO ULM O FIM HACERLO CON MAYOR ANTICIPACION PARA PODER GESTIONAR LAS LICENCIAS CORRESPONDIENTES.
- PODRA SER FIRMADA POR EL PRESIDENTE O VICEPRESIDENTE (EN CASO DE NO ENCONTRASE EL PRIMERO) DE LA FEDERACION O POR LOS PRESIDENTES DE LAS COMISIONES NACIONALES u GERENTE.
- SE DEBERAN ENUMERAR LAS CARTAS Y LLEVAR UN CONTROL DE LAS QUE SE ENTREGUEN.
LA FEDERACION ENVIARA UN FAX A LA FRONTERA RESPECTIVA INDICANDO CUALES HAN SIDO LAS CARTAS QUE LA FEDERACION QUE HA EXTENDIDO EN CASO DE SER NECESARIAS.





Federación Salvadoreña de Motociclismo

AFILIADA A LA FIM Y FIM Latin America.

San Salvador ____ de _____ de 201__.

Señores:

Federación Salvadoreña de Motociclismo

Presente

Estimados Señores:

Yo _____ de manera muy atenta **solicito** a la FESAMOTO lo siguiente:

1.- Carta de aval de FESAMOTO para competir en la disciplina de:
ENDURO, TRIAL, CROSS, MINIMOTOS, VELOCIDAD, QUADS, RALLY, TURISMO. Dejar la disciplina que corresponde y borrar las innecesarias.

En la Categoría: _____

2.- Licencia de piloto correspondiente en caso de ser necesaria (FIM LA o FIM según correspondiere)

3.- El apoyo necesario de parte de la Federación en caso de aplicar dicho evento sujeto a las posibilidades de FESAMOTO.

Por lo que adjunto:

Carta de invitación de parte de la federación o club organizador del evento.

Datos de la motocicleta a utilizar por mi parte durante el evento.

Detalle de las personas que me acompañaran durante el evento.

Descripción del vehiculo que transportara la motocicleta en el viaje.

Copia del seguro medico que me protege contra accidentes.

Detalle del evento:

Fecha: _____ Lugar: _____

Organizador: _____

Dirección del evento: _____

Hospedaje u Hotel a utilizar: _____

Otros: _____

Firma: _____

Nombre: _____





Federación Salvadoreña de Motociclismo

AFILIADA A LA FIM Y FIM Latin America.

Los datos de la motocicleta a utilizar para la competición son los siguientes:

MARCA:
MODELO:
AÑO:
Nº. DE MOTOR:
Nº. DE CHASIS:
COLOR:
PLACA:

Los datos del vehiculo a utilizar para transportar la motocicleta son los siguientes:

MARCA:
MODELO:
AÑO:
Nº. DE MOTOR:
Nº. DE CHASIS:
COLOR:
PLACA:

Motorista del Vehiculo que transportara el motocicleta:

Nombre: _____

Lic de conducir número: _____

En espera de una pronta resolución a la presente y agradeciendo de antemano su atención ami solicitud, me suscribo muy atentamente

F. _____

Nombre: _____

DUI: _____

ANEXO 1



Km. 12.5 Carretera al Puerto de La Libertad Oficinas taller Efiservice 15B Nuevo Cuscatlan,
La Libertad, El Salvador, Centro America
E-mail FESAMOTO@yahoo.com / secretaria@fesamoto.org web: www.fesamoto.org
Teléfonos (503) 2288-1377 y (503) 2288-2621





Federación Salvadoreña de Motociclismo

AFILIADA A LA FIM Y FIM Latin America.

San Salvador _____ de _____ de 201____.

Señores:

Federación Salvadoreña de Motociclismo
Presente

Estimados Señores:

POR MEDIO DE LA PRESENTE DECLARO QUE Participaré EN LA COMPETENCIA LLEVADA A CABO EL DIA _____ EN LA CIUDAD DE _____ Y QUE EXONERO A LA FEDERACION SALVADOREÑA DE MOTOCICLISMO, MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA, AL INSTITUTO NACIONAL DE LOS DEPORTES (INDES), FIM LA, FIM, TRABAJADORES Y PATROCINADORES, POR CUALQUIER ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE ESTA COMPETICION Y SUS ENTRENAMIENTOS; Y DECLARO QUE ME HAGO RESPONSABLE POR TODOS LOS GASTOS DE ESTA COMPETENCIA, INCLUYENDO GASTOS MEDICOS, HOSPITALARIOS, REPATRIACION Y OTROS NO CONTENIDOS EN ESTE ESCRITO.

DECLARO CONTAR CON UN SEGURO MEDICO
HOSPITALARIO _____.

F. _____

NOMBRE:

DUI:

ANEXO 2

