



SOLICITUD DE APLAZAMIENTO POR MUTUO ACUERDO

LIGA LOCAL DE FÚTBOL 7

El presente documento debe ser remitido por correo electrónico a la siguiente dirección actividades.deportivas@ayto-valdemoro.org . El documento debe estar firmado y completado con los datos de los responsables de los equipos. No se admitirán aplazamientos solicitados por jugadores no autorizados. **LOS DOCUMENTOS QUE NO APORTEN FECHA DE RECUPERACIÓN DE PARTIDOS PROPUESTA POR LOS 2 EQUIPOS, SERÁ EL COMITÉ DE COMPETICIÓN EL QUE FIJE EL HORARIO DE PARTIDO SIN QUE ESTE PUEDA SER MODIFICADO.**

EQUIPO SOLICITANTE

NOMBRE EQUIPO: _____ DIVISIÓN: _____

NOMBRE RESPONSABLE: _____ DNI: _____

EQUIPO RIVAL

NOMBRE EQUIPO: _____

NOMBRE RESPONSABLE: _____ DNI: _____

Fdo. Responsable solicitante

Fdo. Responsable

TLF. RESPONSABLE SOLICITANTE: _____

TLF. RESPONSABLE: _____

FECHA Y HORA PROPUESTA POR LOS EQUIPOS PARA RECUPERAR EL
ENCUENTRO.

**(EL PLAZO MÁXIMO AUTORIZADO PARA LA RECUPERACIÓN DEL PARTIDO ES
DE 2 JORNADAS TRAS LA FECHA DEL APLAZAMIENTO)**

FECHA: _____ <marcar con una X la opción>

Sábado 15:30 campo 2 Sábado 20:30 campo 4

Domingo 9:00 campo 1 Domingo 12:40 campo 1

*(El horario propuesto no implica la aceptación del mismo. La aprobación **DEFINITIVA** vendrá determinada por el Comité de Competición y la empresa de arbitraje que les comunicará la resolución al aplazamiento).*