



**FEDERACIÓ
CATALANA**
DE FUTBOL



C. Sicília 93-97, 1r
08013 Barcelona

www.fcf.cat

T. 93 265 24 77
F. 93 231 63 66

lcfs@fcf.cat

DECLARACIÓ JURADA QUE COMPLEMENTA EL CERTIFICAT MÈDIC PER A LA
PARTICIPACIÓ EN LES PROVES FÍSQUES DEL COMITÈ TÈCNIC D'ÀRBITRES DE
FUTBOL SALA DE LA FCF 20___/20___, AIXÍ COM L'ACTIVITAT FÍSICA
RELACIONADA AMB LA FUNCIO ARBITRAL DURANT LA TEMPORADA 20___/20___

En / Na

, amb DNI, declaro sota la meva
responsabilitat, estar en perfecte estat per a realitzar les proves físiques

del CTAFS de la FCF i així mateix, declaro sota la meva responsabilitat, estar en
perfecte estat per a realitzar les funcions arbitrals durant la temporada
20___/20___

Assumeixo així mateix que aquest document complementa, pel que a la
responsabilitat es refereix, al certificat mèdic especificat en els reglaments FCF.

Perquè consti i tingui efecte, signo el present a

Barcelona a..... de 20___.

FEDERACIÓ
CATALANA
DE FUTBOL