



FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CICLISMO DE PISTA Y RUTA

## SOLICITUD DE LICENCIA 2025

Por favor completar en MAYUSCULAS y letra de imprenta

1-

CATEGORÌA PARA LA QUE LA LICENCIA ES SOLICITADA	
UCI CODE:	Categoría:
Fecha de Solicitud: __/__/__	Trámite Número

2-

DNI: _____	
Apellidos: (como figura en el DNI)	
Nombres: (como figura en el DNI)	
Fecha de Nacimiento: __/__/____ (01/01/1900)	Sexo:      Grupo Sanguíneo:
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:      (tes letras)
Talla: (Altura):      Peso:      kg      - Obra Social:	
Vacunación Covid <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	
<b>Domicilio: (como figura en el DNI)</b>	
Calle:	Nro:      Cod Postal:
Ciudad:	Provincia:
Email:	Teléfono
Persona de Contacto (1):	
Email:	Teléfono
<small>(1) Tomo nota que se recomienda encarecidamente ingresar a una persona de contacto con la que se pueda contactar en caso de una emergencia o un incidente que me afecte durante mi participación en un evento. En este sentido, confirmo que la persona de contacto indicada en el formulario ha dado su consentimiento para que su identidad y los datos de contacto se mencionen en mi licencia.</small>	
País donde el solicitante tiene otras residencias:	
Federación que ha extendido la última licencia:	

3-

CLUB:
Grupo Deportivo (Solo Profesionales):
Asociación o Federación

(RELLENAR SOLAMENTE SI PROCEDE)

Federación que haya rechazado la entrega de la licencia en el curso de los últimos tres años:

Si el solicitante está bajo suspensión y lo estará durante todo o parte del año de validez de la licencia, la instancia que ha pronunciado la suspensión y las fechas de comienzo y expiración de la sanción.



FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CICLISMO DE PISTA Y RUTA

## Compromiso del Solicitante

1. Declaro no tener conocimiento de cualquier elemento que se oponga a la expedición de la licencia solicitada.

Me comprometo a devolver mi licencia desde el momento que intervenga un elemento que cambie de manera sustancial las circunstancias existentes desde su solicitud.

Declaro no haber solicitado una licencia para el mismo año ante la UCI u otra federación nacional.

La presente petición, así como el uso de la licencia, se hacen bajo mi responsabilidad exclusiva.

Reconozco que el único mes en el que puedo cambiar de categoría es el mes de JULIO del año 2025, iniciando el trámite por medio de la Asociación o Federación que me gestiona la actual licencia.-

2. Me comprometo a respetar los estatutos y reglamentos de la UCI, sus confederaciones continentales y federaciones nacionales.

Yo declaro haber leído o haber tenido la posibilidad de tener conocimiento de estos estatutos y reglamentos.

**Participaré solamente en las competiciones o manifestaciones ciclistas para deportistas federados, de una manera deportiva y leal.**

Me comprometo a respetar cualquier decisión dictada por la UCI, UCRA, FACPyR y presentaré las apelaciones y litigios ante las instancias previstas en los reglamentos.

Yo acepto el tribunal arbitral del deporte (TAS) como única instancia de apelación competente en los casos y de acuerdo a lo previsto en los reglamentos y, para el resto, por el código arbitral del deporte.

Yo acepto que toda controversia entre yo y la UCI se llevará exclusivamente ante el tribunal arbitral del deporte (TAS).

3. Yo acepto en cumplir con el reglamento antidopaje de la UCI y con cualquier documento adoptado por la UCI relacionado con el antidopaje y relativo con el código mundial antidopaje.

Estoy de acuerdo en someterme a los controles antidopaje en competición y fuera de competición en cualquier momento, según lo dispuesto en el reglamento antidopaje de la UCI. Estoy de acuerdo en que todas mis muestras recogidas por la UCI, WADA, ONAD, serán propiedad de la UCI, WADA, ONAD y que esta propiedad puede ser transferida a una organización antidopaje, o a la inversa transferida de una organización antidopaje a la UCI, WADA, ONAD.

**4. Reconozco y acepto que mis datos personales procesados como parte de mi solicitud de licencia a mi federación nacional serán transmitidos y conservados por la UCI (Suiza) y acepto que dicha información se utilice para fines de administración y gobernanza, incluida la gestión de resultados y clasificaciones, así como en relación con las actividades antidopaje y la prevención de la manipulación de competiciones. También acepto que mi información personal pueda ser utilizada y / o transmitida, cuando sea necesario, a otras entidades como la Agencia Mundial Antidopaje, las organizaciones nacionales de Antidopaje, el Tribunal de Arbitraje Deportivo, los órganos judiciales de la UCI, las autoridades nacionales e internacionales competentes en relación con los siguientes asuntos:**

a. investigaciones y / o procedimientos relacionados con posibles violaciones de los reglamentos UCI; y b. cualquier operación de procesamiento de datos legítima y proporcionada en el contexto de la administración y gobernanza del ciclismo; y Reconozco que puedo notificar a la UCI, de cualquier solicitud relacionada con el contenido, rectificación y eliminación de mis datos personales a la siguiente dirección: [support.ucidata@uci.ch](mailto:support.ucidata@uci.ch). o a la FACPyR al email [secretariafacpyr@yahoo.com.ar](mailto:secretariafacpyr@yahoo.com.ar)

5 - Al no tener fotografía mi licencia, siempre presentaré la misma conjuntamente con otro documento de identidad que lleve fotografía.

6 - AUTORIZO a las autoridades de la FACPyR a utilizar gratuitamente mi imagen y voz o de mi hijo/a menor de edad (en caso de que sea licenciado) para la reproducción y/o exhibición de la misma a través de cualquier medio gráfico, radial y/o televisivo, por cualquier formato de emisión/reproducción y/o difusión existente o futuro (incluido Internet), sin limitación territorial y/o geográfica alguna, cuantas veces la FACPyR lo estime necesario y/o conveniente, a su sólo y exclusivo criterio, ya sea como parte de sus promociones y/o de sus spots institucionales.

7 – Dejo expresa constancia que reconozco que la cobertura de seguro de accidentes personales, proporcionado por la empresa contratada por medio de FACPyR solamente tiene validez dentro de la REPUBLICA ARGENTINA, y que he leído la póliza que está publicada en la web [www.ciclismoarg.com.ar](http://www.ciclismoarg.com.ar) y que reconozco los alcances de la misma, (que la cobranza en caso de accidentes es por reintegro por parte de la Compañía de Seguros una vez obtenida el alta médica, deslindando a la FACPyR y a los organizadores, de las demoras u omisiones. Además con mi firma aseguro que la presente sirva, como cláusula de no repetición a la FACPyR, sus Afiliadas y Organizadores de competencias.-

8 – Reconozco que para participar el en exterior debo presentar ante la FACPyR – UCRA, la solicitud por medio del formulario para tal fin con 30 (treinta) días de anticipación, acompañando copia de la póliza de seguro que he contratado a tal fin.-

9 – Dejo expresa constancia que tomé conocimiento que para poder competir debo estar incluido en los listados de licenciados de FACPyR que figuran en la página web [www.ciclismoarg.com.ar](http://www.ciclismoarg.com.ar), y que dicho trámite estará cumplimentado cuando la Asociación y / Federación complete la documental exigida por FACPyR.-

10 – Declaro que siendo corredor un equipo continental NO PUEO PARTICIPAR DE COMPETENCIAS CON OTRA INDUMENTARIA, SE TRANSCRIBE LOS ARTÍCULOS CORRESPONDIENTES

*ARTÍCULO 6 – Obligaciones diversas 1. se prohíbe al corredor trabajar para otro equipo durante la vigencia del presente contrato, o hacer publicidad para otros patrocinadores que no sean los de su equipo UCI (nombre del equipo), excepción hecha de los casos*



## FEDERACIÓN ARGENTINA DE CICLISMO DE PISTA Y RUTA

*previstos por los reglamentos de la UCI y sus federaciones afiliadas. 2. equipo se compromete a permitir al corredor ejercer correctamente su profesión proporcionándole el material y la vestimenta necesaria y permitiéndole participar en un número suficiente de acontecimientos ciclistas formando parte del equipo o individualmente*

**TANTO EL / LOS DEPORTISTAS, COMO EL EQUIPOS SERÁN OBJETO DE SANCIONES.-**

**11 – Declaro bajo juramento que todos los datos que incluye este formulario son el fiel reflejo de la verdad, autorizo a la UCRA – FACPyR – darme de baja de los padrones en caso de verificar la no exactitud de los mismos**

### **12 – Opción de cobertura de Seguro**

- Opción 1 – Muerte e Incapacidad \$ 4.000.000 – Asistencia Médica y Farmaceutica \$ 2.000.000 (POR REINTEGRO)
- Opción 2 - Muerte e Incapacidad \$ 6.000.000 – Asistencia Médica y Farmaceutica \$ 3.000.000 (POR REINTEGRO)
- Opción 3 - Muerte e Incapacidad \$ 8.000.000 – Asistencia Médica y Farmaceutica \$ 4.000.000 (POR REINTEGRO)
- Me notifico que además la licencia cuenta con la cobertura de descuento en medicamentos en farmacias por medio del sistema SANCOR SEGURA MAX

En la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_ días del año 20\_\_.-

Firma del solicitante:  
club  
Aclaración:  
DNI:



Firma del presidente y sello del

Firma de la Asociación o Federación

**Adjuntar copia del DNI**