



**FEDERACIÓN GALLEGA DE HALTEROFILIA**

**Solicitud Programa CESA 2025**

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE			
Razon Social		NIF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numero de Registro en la Secretaria Xeral para o Deporte			
<input type="text"/>			
DIRECCIÓN			
Direccion completa			
<input type="text"/>			
Provincia	Localidad	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Email	Telefono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

  

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE			
Nombre	Apellido 1	Apellido 2	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En calidad de		Email	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	



### DATOS BANCARIOS

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos indicados relativos a la cuenta bancaria de la entidad solicitante

Titular de la cuenta

IBAN

Indica los datos de los deportistas que acuden al Campeonato de España Sub-17 2025 y están en los listados finales

N.º Licencia	Nombre Completo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



## Federacion Galega de Halterofilia

Plaza Agustin Díaz 3 - 15008 – A Coruña  
federacion@halterofilia.org - 604067096



XUNTA  
DE GALICIA



DEPORTE  
GALEGO


En caso de necesitar más espacio, en la solicitud adjuntar un listado complementario con la misma información.