**ÉPOCA DESPORTIVA:**

**DADOS PESSOAIS DO(A) CHEFE DE EQUIPA:**

**CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:** **NIF** **Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Possui automóvel: Sim** ☐**Não** ☐**N.º Lugares:**

**Tem filiação clubística:** **Sim** ☐**Não** ☐ **Se sim, qual:**

**Tem familiares ou patrão (ões) a dirigir ou patrocinar clubes?** **Sim** ☐**Não** ☐

**Se sim qual o clube:**

\* comprovativo em suporte papel tem que existir obrigatoriamente no processo individual na AFVR

**DADOS PESSOAIS DOS(AS) ÁRBITROS(AS) ASSISTENTES**

**ÁRBITRO ASSISTENTE Nº1 CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:       NIF       Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Possui automóvel: Sim** ☐**Não** ☐**N.º Lugares:**

**Tem filiação clubística:** **Sim** ☐**Não** ☐ **Se sim, qual:**

**Tem familiares ou patrão (ões) a dirigir ou patrocinar clubes?** **Sim** ☐**Não** ☐

**Se sim qual o clube:**

**ÁRBITRO ASSISTENTE Nº2 CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:       NIF       Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Possui automóvel: Sim** ☐**Não** ☐**N.º Lugares:**

**Tem filiação clubística:** **Sim** ☐**Não** ☐ **Se sim, qual:**

**Tem familiares ou patrão (ões) a dirigir ou patrocinar clubes?** **Sim** ☐**Não** ☐

**ÁRBITRO ASSISTENTE Nº3 – SÓ PARA EQUIPAS DOS QUADROS NACIONAIS CATEGORIA**:

**Nome Completo:**       | **Sexo:** **M** ☐ **F** ☐

**Morada da residência:**

**Código Postal:**       -       **Freguesia:**

**N.º CC\*:**       **Validade:**       /       /       **Data Nascimento:**       /       /

**Habilitações literárias\*:**       **Profissão:       NIF       Falante:** **Português** ☐**Inglês** ☐

**Contactos:** **Telefone**       **Telemóvel**       **e-mail**

**Data validade do exame médico**\*:       /       /

**Possui automóvel: Sim** ☐**Não** ☐**N.º Lugares:**

**Tem filiação clubística:** **Sim** ☐**Não** ☐ **Se sim, qual:**

**Tem familiares ou patrão (ões) a dirigir ou patrocinar clubes?** **Sim** ☐**Não** ☐

**Assinatura do chefe de equipa** (a preencher à posteriori se aceite):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data de constituição da equipa:**       /       /

Depois de preenchida a ficha deverá ser enviada via e-mail para: arbitragem@afvr.pt | afvr.ca@sapo.pt