



DELEGACIÓN TERRITORIAL CATALANA  
MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL  
DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES  
A PRIMA FIJA

Ronda Sant Pere, 19-21, entl.

Tels. 93 301 20 32 – 93 301 21 32 – Fax 93 412 17 93

E-mail : [info@mcf.cat](mailto:info@mcf.cat) – 08010 Barcelona

## SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA / INFORME DE LESIÓ

El Sr. / Sra.

.....

com a

|   |                  |
|---|------------------|
| € | <b>President</b> |
| € | <b>Secretari</b> |
| € | <b>Directiu</b>  |
| € | .....            |

del Club: .....

Categoria:.....

Grup:.....

Sol·licito sigui visitat el nostre jugador i mutualista:

.....

amb DNI: ..... i CIP (codi d'identificació personal,

CATSALUT):....., lesionat el dia:.....

en el transcurs d'un

|   |                        |
|---|------------------------|
| € | <b>Partit de lliga</b> |
| € | <b>Partit amistós</b>  |
| € | <b>Entrenament</b>     |
| € | <b>Desplaçament</b>    |
| € | .....                  |

Sota la meva responsabilitat, certifico l'autenticitat i veracitat de les dades anteriorment consignades i, en prova d'això, signo aquest document a

....., en data .....

**SIGNATURA I SEGELL DEL CLUB**