



Region Representative of



Folha 1 de 3

PARTICIPAÇÃO DISCIPLINAR

RESERVADO AOS SERVIÇOS DA
FPA

Recebido em: ___/___/___

Ass: _____

DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE:

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Bilhete de Identidade n.º _____ Emitido a: ___/___/___ pelos SIC de _____

Praticante Federado n.º ¹: _____

DADOS PESSOAIS DO DENUNCIADO ²:

Nome: _____

Alcunha ou Nick: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Praticante Federado n.º: _____

OUTROS DENUNCIADOS:

Nome: _____

Alcunha ou Nick: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Praticante Federado n.º: _____

Nome: _____

Alcunha ou Nick: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Praticante Federado n.º: _____

1 Preencher só em caso de o participante ser praticante filiado na Federação Portuguesa de Airsoft – APD.

2 Em caso de não saber algum ou alguns dos elementos coloque a expressão “Desconhece”

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:

1.
Nome: _____
Morada: _____
_____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____
Praticante Federado n.º³: _____

2.
Nome: _____
Morada: _____
_____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____
Praticante Federado n.º: _____

3.
Nome: _____
Morada: _____
_____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____
Praticante Federado n.º: _____

4.
Nome: _____
Morada: _____
_____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____
Praticante Federado n.º: _____

5.
Nome: _____
Morada: _____
_____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ E-mail: _____
Praticante Federado n.º: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES: _____ documentos.

(Local e Data): _____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

3 Preencher só em caso de a testemunha ser praticante filiado na Federação Portuguesa de Airsoft – APD.