

PERIODO DIARIO DE SESENTA MINUTOS DE DISPONIBILIDAD PARA LA TOMA DE MUESTRAS:

El CBP puede recolectar muestras en cualquier momento durante su participación en el programa. En la siguiente tabla incluya sus preferencias para recolectar la muestra:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____
calle ciudad estado

Por favor selecciona los horarios, en caso de conocerlos, para realizar la toma de muestras

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Tiempo(s)							

OTRAS ACTIVIDADES REGULARES:

Por favor proporciona la dirección respecto de las actividades seleccionadas, proporciona horarios en caso de conocerlos.

ACTIVIDAD #1: _____

DIRECCIÓN DE LA ACTIVIDAD: _____
calle ciudad estado

¿Podemos recoger muestras durante esta actividad? SI NO

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Actividad							
Tiempo(s)							

ACTIVIDAD #2: _____

DIRECCIÓN ACTIVIDAD: _____
calle ciudad estado

¿Podemos recoger muestras durante esta actividad? SI NO

Día	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Actividad							
Tiempo(s)							

Excepciones conocidas para horarios normales

Enlista las actividades que no han sido mencionadas anteriormente en este formulario y que son distintas a tus horarios regulares. Por ejemplo puede incluir sus actividades laborales, un evento familiar, una ocasión especial, o cualquier otra actividad que pudiera modificar su horario, haciendo complicado dar con su ubicación en los lugares y fechas descritos por usted en el formulario de ubicación de atletas:

Fecha Actividad Lugar

Fecha Actividad Lugar

Fecha _____

Actividad _____

Lugar _____

Por favor describa las peleas que ya tenga programadas en las proximas fechas:

Fecha _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Fecha _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Planes de Viaje: (por favor, anexa páginas adicionales en caso de ser requeridas)

_____	to	_____	
fecha de inicio		fecha final	

lugar especifico (en caso de conocerlo - hotel / dirección)			
ciudad	estado	C.P.	País
Dirección Temporal de Entrenamiento (si aplica)			
_____	a	_____	
fecha de inicio		fecha final	

Nombre del Establecimiento /dirección			
ciudad	estado	C.P.	País

_____	a	_____	
fecha inicial		fecha final	

Nombre del Establecimiento /dirección			
ciudad	estado	C.P.	País
Dirección Temporal de Entrenamiento (si aplica)			
_____	a	_____	
fecha inicial		fecha final	

Nombre del Establecimiento /dirección			

ciudad

estado

C.P.

País

Estoy de acuerdo en informar al WBC inmediatamente de cualquier variación en mis horarios y estoy de acuerdo con la información del Formulario de Ubicación del Atleta.

Nombre del boxeador

Fecha

Mi nombre como aparece en este documento es una certificación oficial y legal de que yo personalmente estoy firmando dicho documento y que la identificación oficial, cuya copia aquí anexo, identifica a mi persona y ha sido legítimamente emitida por autoridades competentes.

Por favor envía este formulario y todo el material relevante en torno al Programa de Boxeo Limpio WBC al Consejo Mundial de Boxeo en:

MAIL: Consejo Mundial de Boxeo
Cuzco No. 872, Colonia Lindavista
México 07300, México

FAX: (5255) 5119-52-93 / 94

EMAIL: cbp@wbcboxing.com

