



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL GRUPO DE TRABAJO  
EN MEDICINA DEL DEPORTE. GRUPO AVILÉS.**

**PARA SER ENVIADO A [grupoaviles@csd.gob.es](mailto:grupoaviles@csd.gob.es)**

Comunidad Autónoma o Entidad Local .....

**Nombre de la Estructura o Centro de Medicina del Deporte**

**Responsable actual de dicha Estructura o Centro de Medicina del Deporte**

**Denominación del Cargo de dicho responsable**

**Datos de contacto de dicho responsable**

**Dirección**

**Teléfonos**

**Fax**

**Dirección e-mail**

**Firmado:**

**Cargo:**

**Fecha:**

**Subdirección General de Deporte y Salud  
Consejo Superior de Deportes  
El Greco s/n. 28040 Madrid**