



# OFERTA DE CANDIDATURA PARA ORGANIZAR EVENTO UANA

## SOLICITUD PARA CLINICA DE MASTERS

---

UNION AMERICANA de NATACION  
1 OLYMPIC PLACE, COLORADO SPRINGS  
USA

---

## 1.0 Preámbulo

El Evento es y continuará siendo propiedad exclusiva de la Unión Americana de Natación (UANA). El Evento será organizado y se llevara a cabo en nombre de la UANA por el licitador y bajo la sanclón y el control de la UANA.

El Comité Técnico de la UANA MASTERS será el Comité de Manejo y será el responsable de todos los detalles técnicos del Evento. El Comité Organizador (CO) será responsable de los detalles logísticos.

UANA Presidente: Dale Neuburger

UANA Secretario – Tesorero: Errol Clarke

Encargado de disciplina: Marcos Jara

UANA MASTERS Presidente del Comité Técnico: Mel Goldstein

UANA MASTERS Secretaria del Comité Técnico: Maureen Croes

## 2.0 Información de la solicitud

Por favor asegúrese de incluir la siguiente información al presentar su oferta para organizar y ser anfitrión de este Evento:

La información incluida	
Información de la Organización Anfitrión	
Información del País/ de la Ciudad de la Organización Anfitrión	
Información sobre el lugar donde se efectuara el Evento Hotel, Lugar de instrucción, piscina	
La biografía de los entrenadores	
La agenda / El currículo de la clínica	
Información adicional	

### 3.0 Información de la Organización Anfitrión

Nombre de Federación / Club solicitante:

\_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil # \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Sello de organización anfitrión

Firma del Presidente o Secretario: \_\_\_\_\_  
de la organización

UANA o afiliación organizacional: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

Esta aplicación ha sido preparada por:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

*Esta aplicación cuenta con la aprobación de la Federación del club/anfitrión solicitante  
(en caso que esto sea necesario):*

*Sello de la Federación*

Firma por parte de la Federación: \_\_\_\_\_

Nombre y título de este: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Liste todas las clínicas en los últimos 4 años. Mencione por favor: el nombre del evento, la fecha cuando se efectuó, número de participantes, tipo de evento (SW, WP, SS, DV, OW). En el caso que no se llevó a cabo ninguna clínica anterior, ponga la anotación: NINGUNA CLINICA

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso que se requiera información o documentación adicional, por favor mencione aquí los datos de la persona de contacto primario de su organización:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 4.0 Información de la Ciudad Anfitrión

Nombre de la ciudad anfitrión: \_\_\_\_\_

Propuestas de Fechas para la clínica:

Opción 1: \_\_\_\_\_

Opción 2: \_\_\_\_\_

Opción 3: \_\_\_\_\_

## 5.0 Información del Establecimiento

Lugar en el que la clínica se llevará a cabo:

(En la piscina, en el hotel, otros, por favor mencione **todos** los lugares que son aplicables)

Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Importante

Mencione por favor si el lugar contará con instalaciones eléctricas (Electricidad) y de internet.

SI

NO

## 6.0 Información de Hotel/Aeropuerto

### Hotel oficial

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Hotel Website: \_\_\_\_\_

### Aeropuerto

Aeropuerto más cercano: \_\_\_\_\_

## **7.0 Información de los Entrenadores**

Nombre de los entrenadores:

---

---

---

## **8.0 Currículo de la Clínica / La Agenda**

**Por favor adjunte estos documentos**