

CONSENTIMIENTO INFORMADO/DATOS DE FILIACIÓN

FECHA:
APELLIDOS:
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
PROVINCIA:
E-MAIL:
FECHA DE NACIMIENTO:
DEPORTE:
PUESTO:
PROGRAMA-NIVEL:

N.º HISTORIA
NOMBRE:
CÓDIGO POSTAL
PAÍS:
TELÉFONOS:
EDAD:
MODALIDAD:
CATEGORÍA:
ENTRENADOR/A:

DATOS GENERALES DEL CLUB O FEDERACIÓN:

NOMBRE:
DIRECCIÓN:
CIUDAD:
CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONOS
PROVINCIA:
E MAIL:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de Derechos digitales, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte (CAMD) le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.

Los datos obtenidos por la realización de las pruebas, exploraciones y estudios efectuados se cederán a su Federación/Club, para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas de los mismos en relación con el docente.

De acuerdo con lo previsto en la citada ley Orgánica y conforme al procedimiento reglamentario establecido, se le informa que puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de los datos ante el organismo dirigiéndose a:

Centro Andaluz de Medicina del Deporte
Glorieta Beatriz Manchón
Isla de la Cartuja s/n
41092

De todo lo cual manifiesta quedar informado y dar su consentimiento SI () NO (), mediante la firma del presente documento, impreso/formulario.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

En los casos de menores de edad, nombre y apellidos del firmante (padre, madre, tutor legal) y DNI.

PADRE/MADRE/TUTOR

DNI:

(*) Incluir este dato implica la aceptación expresa de recibir el informe médico por esta vía

