

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ DATOS DE FILIACIÓN

FECHA: N° HISTORIA
APELLIDOS: NOMBRE:
DIRECCIÓN:
CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:
PROVINCIA: PAIS:
E-MAIL: TELÉFONOS:
FECHA DE NACIMIENTO: DNI:

DEPORTE: MODALIDAD:
PUESTO: CATEGORÍA:
PROGRAMA-NIVEL: ENTRENADOR:

DATOS GENERALES DEL CLUB O FEDERACIÓN

1.-NOMBRE: 2.-TELÉFONOS:
3.-DIRECCIÓN:
4.-CIUDAD: 5.-PROVINCIA:
6.-CODIGO POSTAL: 7.-E-MAIL:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado denominado "Historiales Médico Deportivos".

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 cedente.

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

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

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 2013
(Firma)

En los casos de menores de edad, nombre y apellidos del firmante (padre, madre, tutor legal) y DNI.
PADRE/TUTOR: _____ D.N.I: _____

