Federación de Baloncesto
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

D./Dña._____

Colegiado Médico nº _____, con residencia en _____ informa que el jugador/a D./Dña._____ del equipo_____, de categoría _____, afiliado a la Federación de Baloncesto del Principado de Asturias ha sido reconocido por mí en el día de la fecha y declarado _____ (apto o no) para practicar el Baloncesto en dicha categoría durante la temporada actual.

Firmado:



En_____a_____de_____de 202_

AVISO LEGAL

Los datos de carácter personal han sido recogidos de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos.
Le ponemos en conocimiento que estos datos se encuentran almacenados en un fichero propiedad de **FEDERACIÓN DE BALONCESTO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.**
Le informamos que los datos serán cedidos a la Federación Española de Baloncesto en el ámbito de sus funciones y a la compañía aseguradora con la que la Federación de Baloncesto del Principado de Asturias mantiene convenio para concertar su póliza como deportista.

☐ Acepto expresamente la cesión de mis datos personales a las anteriores entidades.

De acuerdo con la Ley anterior, tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad de manera gratuita mediante correo electrónico a: secret_gral@fbpa.es bien en la dirección: AVDA. DEL LLANO 69, 33209 GIJON - ASTURIAS.