



CERTIFICADO MEDICO COLECTIVO

D./Dña. _____ Colegiado Médico nº _____, con residencia en _____ informa que los jugadores que al respaldo se relacionan del Equipo _____ de categoría _____, afiliados a la Federación de Baloncesto del Principado de Asturias han sido reconocidos por mí en el día de la fecha y declarado _____ (apto o no) para practicar el Baloncesto en dicha categoría durante la Temporada Actual.

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.



**Federación de
Baloncesto**
PRINCIPADO DE ASTURIAS

RESPALDO QUE SE CITA