

CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

D. _____ Colegiado Médico
nº _____, con residencia en _____ informa que el jugador/a
_____ 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.

_____, a ___ de _____ de 20__

De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados en un fichero automatizado bajo la responsabilidad de la FEDERACIÓN DE BALONCESTO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, con la finalidad de poder atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted en nuestra federación.

Puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a la dirección AVDA. DEL LLANO 69, 33209 GIJON – ASTURIAS.

Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que los datos no han sido modificados, que se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para utilizarlos a fin de poder tramitar su federación así como para poder enviarle aquella información que consideremos pueda ser de su interés ya sea por correo postal o por cualquier otro medio de comunicación electrónica.

Le informamos que sus datos serán cedidos a la Federación Española de Baloncesto, así como a la compañía aseguradora que corresponda, para tramitar su póliza.

En la tramitación de su federación en el anverso, aparecerá el logo de nuestros colaboradores, es tan solo a nivel informativo, en ningún caso, sus datos han sido cedidos a dichas entidades.

Acepto recibir publicidad de la Federación

No deseo recibir publicidad de la Federación



Avenida del Llano nº69, Gijón 33204



985330888/ 985370137



@FBPA_asturias



fbpa_asturias



federacionasturianabaloncesto