



**CERTIFICACIÓN WEB DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS**

COMPETICIÓN:  TEMPORADA:  /

EQUIPO:

1	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
2	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
3	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
4	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
5	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
6	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
7	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
8	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
9	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
10	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
11	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
12	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
13	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
14	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO
15	APELLIDOS DEL JUGADOR		NOMBRE DEL JUGADOR
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO MEDICO	Nº DE COLEGIADO MEDICO	FECHA RECONOCIMIENTO MEDICO

El abajo firmante, en nombre y representación del club, certifica que según consta en la ficha de inscripción de cada deportista que obra en poder del referido club, en fecha indicada anteriormente, el colegiado medico referenciado ha declarado apto a los jugadores arriba indicados, para jugar al baloncesto tanto por un equipo correspondiente a su edad como para un equipo de edad inmediata superior. Así mismo certifica que en dicha ficha de inscripción del deportista consta la autorización expresa por parte del padre, madre o tutor, en caso de ser menor de edad, autorizándole a la solicitud de la licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que constan.

DNI: \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos del firmante del Club: \_\_\_\_\_

Sello Y Firma del Club

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 las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y normativa española vigente, y respecto a los datos que me identifican como federado doy mi consentimiento para que sean tratados para la práctica del deporte federativo (obligatoria por la naturaleza de la relación) y las siguientes finalidades (voluntarias):  
 Envío de comunicaciones comerciales  Si  
 Mis datos serán incorporados al Sistema de Protección de Datos de la Federación de Baloncesto de Madrid, con N. I. F. G78332541, y domicilio en Edificio El Barco. Avenida Salas de los Infantes 1, 8º. 28034 - Madrid. Serán conservados el tiempo que dure el consentimiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos para los que se ha consentido. Esta entidad ha nombrado Delegado de Protección de Datos a Persevera, S. L. U., en la persona de Manuel del Palacio, tal y como dispone el RGPD. Su contacto es Príncipe de Anglona, 5. 28005 Madrid o mdp.dpo@perseveragrupo.com  
 Se me informa que mis datos pueden ser cedidos a Organismos Públicos para el cumplimiento de las obligaciones legales, a Organismos Deportivos Nacionales e Internacionales según disposiciones legales y compañía de seguro para asistencia médica. Asimismo, doy mi consentimiento para la siguiente finalidad:  
 Operadores turísticos/logísticos para organización de viajes  Si  
 Declaro haber sido informado de poder ejercitar mis derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podré ejercitar estos derechos por escrito en la dirección postal o electrónica que aparece al final de la cláusula, junto a copia de mi DNI.  
 Este consentimiento es libre, inequívoco y específico para los tratamientos donde me he manifestado afirmativamente, habiendo sido informado de la posibilidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si bien, esta retirada no afectará a los tratamientos anteriores a la misma. Para esta revocación del consentimiento, o cualquier otra consulta, debo comunicarlo por escrito, adjuntando fotocopia del D. N. I., a la Federación de Baloncesto de Madrid, en Edificio El Barco. Avenida Salas de los Infantes 1, 8º. 28034 - Madrid o a secretariageneral@fbm.es  
 Asimismo, declaro que he sido informado de mi derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos.