

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

<b>Datos personales del deportista:</b>		
Apellidos y nombre:		
Fecha de nacimiento:	NIF / DNI / Pasaporte:	Sexo:
Dirección:		CP
Localidad:	Provincia:	País:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	
Dirección electrónica del deportista:		
Dirección electrónica tutor/a:		
<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b>		
Responsable (del tratamiento)	Consejo de Mallorca. Servicio de Medicina del deporte (Unidad de Actividad Física y Salud)	
Finalidad principal (de tratamiento)	Gestionar los servicios sanitarios y de administración, necesarios para la asistencia sanitaria del usuario, para recordarle las citas o revisiones, para hacer encuestas internas que mejoren la calidad y gestión de los servicios asistenciales, para emitir justificantes de la asistencia sanitaria y por cumplir las obligaciones legales en que está sujeta la Administración.	
Legitimación (de tratamiento)	El consentimiento del interesado o usuario, o bien el interés legítimo o vital, o para cumplir las obligaciones legales de acuerdo siempre con los requisitos del Reglamento (U.E.) 679/2016.	
Destinatarios (cesiones)	Los datos personales no son cedidos a terceras personas, excepto los supuestos de obligación legal, interés vital, prestación del servicio o con consentimiento previo del interesado. Puede ser necesario para prestar el servicio y sólo se comunicarán los datos adecuados, pertinentes y limitados que hagan falta y con la finalidad indicada (principio de minimización de datos).	
Derechos (de las personas interesadas)	Podéis ejercer el derecho de revocación cuando hayáis otorgado el consentimiento para que vuestros datos personales sean tratados o cedidas. Y también el derecho de acceso, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, derecho a la portabilidad y supresión de los datos, dirigiéndoos al servicio de Atención del usuario del Servicio de Medicina del Deporte, especificando el derecho a ejercitar junto con fotocopia del DNI.	
Procedencia (de los datos)	El propio interesado que firma este documento o, si hace falta, el representante legal o voluntario o el personal sanitario.	
Información adicional (de tratamiento)	Podéis consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos al servicio de Medicina del Deporte del Consejo de Mallorca, calle del General Riera, nº. 111, 07011 Palma de Mallorca, membrana: 971-173 648, e-mail: <a href="mailto:medesport@conselldemallorca.net">medesport@conselldemallorca.net</a>	
<b>FIRMA DEL DEPORTISTA:</b>		
Fecha:		
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (PADRE, MADRE, TUTOR o TUTORA)</b>		<b>CÓDIGO</b>
Fecha:		
Nombre y apellidos:		
NIF/ DNI:		
Dirección:		
Teléfono:		<b>FIRMA</b>
		<b>Espacio reservado para la Administración</b>