

DADES DEL SOL·LICITANT:

Nom i Llinatges (Pare, mare o tutor/a)					
D.N.I		Telèfon:			
Domicili:					
Municipi:		C.P.:		Província:	
Correu electrònic					
Esport:		Categoria:		☐ Federado	☐ Escolar
Entitat o Club					
Municipi:					

"D'acord amb l'establert en la normativa de protecció de dades personals (Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre), en firmar aquesta sol·licitud vostè atorga el seu consentiment perquè les seves dades personals, incloent les dades de salut, siguin tractades per la Unitat d'activitat física i salut del Consell de Mallorca (UAFIS) amb la finalitat de prestar-li els serveis metges sol·licitats, així com la gestió de la informació mèdica. Vostè té dret a accedir, rectificar, suprimir i oposar-se al tractament de les seves dades, així com a retirar el seu consentiment en qualsevol moment, mitjançant correu electrònic a la direcció medesport@conselldemallorca.net o mitjançant escrit dirigit a l'UAFIS, amb domicili al carrer General Riera, 111, 07010 Palma de Mallorca. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades www.aepd.es. L'UAFIS es compromet a tractar les seves dades de manera confidencial i segura, complint la normativa aplicable en matèria de protecció de dades. Les dades no seran comunicades a tercers, tret d'obligació legal, interès vital, prestació del servei o previ consentiment de l'interessat."

Sol·licito la renúncia de la revisió medicoesportiva del meu fill/filla durant la temporada _____.

Nom de l'esportista: _____

D.N.I. de l'esportista: _____

Palma, _____ de _____ de _____

[Signatura]

Unitat d'Activitat física i salut.
Direcció Insular d'Esports.
Departament de Medi Ambient, Medi Rural i Esports.
Consell de Mallorca