



SOL·LICITUD DE REVISIÓ MÈDICA ESPORTIVA

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT DE L'ENTITAT

Nom i llinatges				
DNI		Telèfon		Adreça electrònica:

DADES DE L'ENTITAT ESPORTIVA

Nom / raó social				
CIF		Adreça		
Població		Codi postal		

EXPÒS:

Que les persones que es detallen en la llista annexa formen part de les entitats esportives.

SOL·LICIT:

Que se'ls faci la revisió mèdica corresponent a aquesta temporada en el centre següent:

	Calvià
	Inca
	Manacor
	Palma

Signatura	
Data	

**Unitat d'Activitat Física i Salut
Direcció Insular d'Esports**

Departament de Medi Ambient, Medi Rural i Esports

Consell de Mallorca C/ del General Riera, 111. 07010 Palma. Illes Balears. Tel.: 971 173 631
medesport@conselldemallorca.net

*D'acord amb el que estableix la normativa de protecció de dades personals (Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre), amb la signatura d'aquesta sol·licitud atorgau el consentiment perquè les 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 els serveis mèdics sol·licitats i gestionar la informació mèdica. Teniu dret a accedir a les dades, rectificar-les i suprimir-les, així com a oposar-vos al seu tractament i a retirar el consentiment en qualsevol moment, mitjançant un correu electrònic amedesport@conselldemallorca.net o un escrit adreçat a la Unitat d'Activitat Física i Salut del Consell de Mallorca (carrer del **General Riera**, 111, 07010 Palma). Així mateix, teniu dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es. La **UAFIS** es compromet a tractar les dades de manera confidencial i segura, complint la normativa aplicable en matèria de protecció de dades. Les dades no es comunicaran a tercers, llevat dels casos d'obligació legal, interès vital, prestació del servei o que hi doneu el vostre consentiment previ.*

Ompliu la taula per ordre alfabètic:

[illegible]

[illegible]