



SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICO DEPORTIVA

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD

Nombre y apellidos				
DNI		Teléfono		Dirección electrónica:

DATOS DE LA ENTIDAD DEPORTIVA

Nombre / razón social				
CIF		Dirección		
Población		Código postal		

EXPONGO:

Que las personas que se detallan en la lista anexa forman parte de las entidades deportivas.

SOLICITO:

Que se les haga la revisión médica correspondiente a esta temporada en el centro siguiente:

	CALVIÀ
	INCA
	MANACOR
	PALMA

Firma	
Fecha	

**Unitat d'Activitat física i salut.
Direcció Insular d'Esports.**

Departament de Medi Ambient, Medi Rural i Esports.

Consell de Mallorca C/ General Riera, 111. 07010 Palma. Illes Balears. Tel.: 971 173 631

medesport@conselldemallorca.net

"De acuerdo con lo establecido en la normativa de protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre), al firmar esta solicitud usted otorga su consentimiento para que sus datos personales, incluyendo los datos de salud, sean tratados por la Unidad de actividad física y salud del Consell de Mallorca (UAFIS) con la finalidad de prestarle los servicios médicos solicitados, así como la gestión de la información médica. Usted tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir y oponerse al tratamiento de sus datos, así como a retirar su consentimiento en cualquier momento, mediante correo electrónico a la dirección medesport@conselldemallorca.net o mediante escrito dirigido a la UAFIS, con domicilio en la calle General Riera, 111, 07010 Palma de Mallorca. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos www.aepd.es. La UAFIS se compromete a tratar sus datos de manera confidencial y segura, cumpliendo con la normativa aplicable en materia de protección de datos. Los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal, interés vital, prestación del servicio o previo consentimiento del interesado."

Rellene la tabla por orden alfabético

[illegible]

[illegible]