

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA:		
Apellidos y Nombre:		
Fecha de nacimiento:	NIF / DNI / Pasaporte:	Sexo:
Dirección:		C.P.
Localidad:	Provincia:	País:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	
Dirección de correo electrónico del deportista:		
Dirección de correo electrónico tutor/a:		
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS		
Responsable (del tratamiento)	CONSELL DE MALLORCA. UNITAT D'ACTIVITAT FÍSICA I SALUT	
Finalidad principal (de tratamiento)	Gestionar los servicios sanitarios y de administración, necesarios para la asistencia sanitaria del usuario, para recordarle sus citas o revisiones, para realizar encuestas internas que mejoren la calidad y gestión de nuestros servicios asistenciales, para emitir justificantes de su asistencia sanitaria y para dar cumplimiento a las obligaciones legales a las que estamos sujetos.	
Legitimación (de tratamiento)	El consentimiento del interesado o usuario, o bien el interés legítimo o vital, o para cumplimiento de obligaciones legales de acuerdo siempre con los requisitos establecidos en el Reglamento (U.E.) 679/2016.	
Destinatarios (cesiones)	Sus datos personales no serán cedidos a terceros, salvo en los supuestos de obligación legal, interés vital, prestación del servicio o previo consentimiento del interesado. Puede ser necesaria para la prestación del servicio y sólo se comunicarán los datos adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario con la finalidad indicada (principio de minimización de datos).	
Derechos (de las personas interesadas)	Ud. podrá ejercer el derecho de revocación cuando haya otorgado su consentimiento para el tratamiento o cesión de sus datos personales, así como el derecho de acceso, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, derecho a la portabilidad y supresión de sus datos, dirigiéndose al Servicio de Atención del usuario de la Unitat d'Activitat Física i Salut, especificando el derecho a ejercitar junto con una fotocopia de su DNI.	
Procedencia (de los datos)	El propio interesado firmante de este documento o cuando no procedan del interesado firmante, podrán provenir en su caso de un representante legal o voluntario o de personal sanitario.	
Información adicional (de tratamiento)	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la Unitat d'Activitat Física i Salut del Consell de Mallorca con domicilio en la calle General Riera núm. 111, 07010 Palma de Mallorca, tel.: 971 173 648, email: uafis@conselldemallorca.net	
FIRMA DEL DEPORTISTA:		
Fecha:		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (PADRE, MADRE, TUTOR o TUTORA)		CÓDIGO
Fecha:		Espacio reservado para la Administración
Nombre y Apellidos:		
NIF/ DNI:		
Dirección:		
Teléfono:		
FIRMA		