



CERTIFICADO MÉDICO INDIVIDUAL

D. _____ Colegiado Médico

nº _____, con residencia en _____

manifiesta que el jugador D. _____ del

equipo _____, perteneciente a la

categoría _____, y afiliado a la

Federación _____, ha sido reconocido en el día de la

fecha y declarado apto para la práctica del Baloncesto en dicha categoría durante

la presente Temporada 20 ____ / 20 ____

Y para que así conste, se expide el presente certificado en

_____ a _____ de _____ de 20 ____

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un fichero denominado *Federados* del que es responsable la FEDERACIÓN ANDALUZA DE BALONCESTO, con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual. El interesado declara tener conocimiento del destino y uso de los datos personales recogidos mediante la lectura de la presente cláusula. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en:
FEDERACIÓN ANDALUZA DE BALONCESTO, Avda. de Guerrita, 31-local 5-14005-CÓRDOBA

Avda. de las Fuerzas Armadas, s/n · 21007 Huelva

T 959 230 227
F 959 033 192

fab-huelva@andaluzabaloncesto.org

www.fabhuelva.org