



IMPORTANTE: Este documento puede ser cumplimentado electrónicamente. Una vez relleno, se puede imprimir para su posterior entrega o envío por email.

MODELO CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

D. _____ Colegiado Médico nº
_____, con residencia en _____
manifiesta que el jugador _____ del
equipo _____, perteneciente a la
categoría de _____, 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 2.0 / 2.0

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

_____ a _____ de _____ de 2.0

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

Demóstenes, 13 · 29010 Málaga

T 952 604 243

F 952 604 244

fab-malaga@andaluzabaloncesto.org

www.andaluzabaloncesto.org/malaga