

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 2.02_ / 2.02_

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

_____ a _____ de _____ de 2.02_

El abajo firmante, Médico Colegiado con número _____ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar al Baloncesto tanto para un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma solicitud, habiéndose realizado un especial cuestionario de lo ocurrido en la salud del deportista en general a lo largo del año 2022, orientado particularmente hacia la identificación de signos, síntomas, efectos o secuelas del virus COVID-19.

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