

ANTECEDENTES MÉDICOS (ENFERMEDADES): SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS RESPIRATORIOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

PROBLEMAS ALÉRGICOS: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

¿ESTA UD. SIENDO TRATADO POR ALGUNA PROBLEMA MÉDICO?:

¿TOMA USTED ALGÚN MEDICAMENTO?: SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIR CUALES:

DECLARO QUE HE INFORMADO EXACTAMENTE SOBRE MIS ANTECEDENTES Y ESTADO DE SALUD ACTUAL FIRMA:

SOLICITANTE, D/D^a : _____

FECHA : _____

SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 5.1 DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999 DEL 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSONAL, SE INFORMA A LOS INTERESADOS DE LA EXISTENCIA DE UN FICHERO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARACTER PERSONAL DESTINADO A TENER AMPLIO CONOCIMIENTO DE LAS POSIBLES PATOLOGÍAS QUE PUEDAN AFECTAR A LOS DEPORTISTAS POR PARTE DE LA COMISIÓN MÉDICA DE LA FAIB DE LA POSIBILIDAD DE EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN.

EL RESPONSABLE DEL FICHERO ES LA FAIB, CON DOMICILIO EN EDIFICIO PALMA ARENA, CALLE URUGUAI S/N.