

**CONSENTIMIENTO INFORMADO/DATOS DE FILIACIÓN**

FECHA:	N.º HISTORIA:
APELLIDOS:	NOMBRE:
DIRECCIÓN:	D.N.I.:
CIUDAD:	CÓDIGO POSTAL:
PROVINCIA:	PAÍS:
E-MAIL (*):	TELÉFONOS:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DEPORTE:	MODALIDAD:
PUESTO:	CATEGORÍA:
PROGRAMA-NIVEL:	ENTRENADOR/A:

**DATOS GENERALES DEL CLUB O FEDERACIÓN:**

NOMBRE:	TELÉFONOS:
DIRECCIÓN:	
CIUDAD:	PROVINCIA:
E-MAIL (*):	CÓDIGO POSTAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Centro Andaluz de Medicina del Deporte (CAMD) le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento y aquellos datos obtenidos por la realización de las pruebas, exploraciones y estudios efectuados van a ser incorporados, para su tratamiento, en ficheros automatizados.

De acuerdo con lo previsto en la citada ley Orgánica y conforme al procedimiento reglamentario establecido, se le informa que puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de los datos ante el organismo dirigiéndose a:

Centro Andaluz de Medicina del Deporte  
 Glorieta Beatriz Manchón, s/n. Isla de la Cartuja  
 41092 SEVILLA

De todo lo cual manifiesta quedar informado y dar su consentimiento SI ( ) NO ( ), mediante la firma del presente documento, impreso/formulario.

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

*En los casos de menores de edad, nombre y apellidos del firmante (padre, madre, tutor legal) y DNI.*

PADRE/MADRE/TUTOR ..... DNI: .....

(\*) Incluir este dato implica la aceptación expresa de recibir el informe médico por esta vía

