

ESTE DOCUMENTO DEBE SER CUMPLIMENTADO POR EL INTERESADO

ANTECEDENTES MÉDICOS [ENFERMEDADES]:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS NEUMOLÓGICOS (Ej. ASMA):

SI
INDICAR →

NO

TOMA USTED MEDICAMENTOS?

SI
INDICAR →

NO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS:

SI
INDICAR →

NO

PROBLEMAS ALÉRGICOS:

SI
INDICAR →

NO

ESTÁ USTED SIENDO TRATADO POR ALGÚN PROBLEMA MÉDICO?

SI
INDICAR →

NO

datos

Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados:

- 1) De la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal, destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas, por parte de la Comisión Médica de la FACYL.
- 2) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- 3) El responsable del fichero es la FACYL, con domicilio en Paseo de San Roque, 29 -1º 05003 Avila



solicitante

Declaro que he informado exactamente sobre mis antecedentes y estado de salud actual

Firmado D/D^a: _____

Fecha _____

Firma