



DECLARACIÓN DE ACCIDENTES DE LESIONES DEPORTIVAS

1. EL SR. / SRA. (a cumplimentar por el responsable del club)

Nombre y Apellidos del Presidente/ta: _____

Nombre y Apellidos del Entrenador/ra: _____

Club: _____

Categoría: _____

Grupo: _____

Es obligatorio el sello, nombre y la firma de dos responsables del club.

DECLARA:

2. DATOS DE LOS DEPORTISTAS LESIONADOS

Apellidos / Nombre: _____

Domicilio: _____

Población: _____

CP: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Fecha Nacimiento: / /

Teléfono: _____

Móvil: _____

3. ACCIDENTE Y LESIONES PRODUCIDAS (a cumplimentar por el responsable del club)

Fecha Accidente: / /

Nombre del Campo: _____

Hora: _____

Modalidad:

Fútbol 11

Fútbol Sala

Fútbol Femenino

Fútbol 7

Producido Durante:

Entrenamiento

Partido Liga

Desplazamiento

Partido Amistoso

Posición Campo:

Portero

Defensa

Medio Centro

Delantero

Otros

Detalle de lesiones: _____

4. INFORMACIÓN MÉDICA (a cumplimentar por el médico responsable de la asistencia)

Fecha de la primera asistencia: / /

Centro / Médico primera cura: _____

Diagnóstico provisional: _____

Duración probable de la lesión: _____

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del deportista lesionado para que MCF pueda efectuar los tratamientos de los datos recogidos al dorso del presente documento.

La firma del presente documento supone la aceptación expresa de la política de protección de datos recogida al dorso del presente documento.

Bajo mi responsabilidad, certifico la autenticidad y veracidad de los datos anteriormente expuestos y en prueba de esto, firmo este documento.

En _____, fecha	Colegiado/da nº: _____			
Club (sello)	Presidente/a (firma)	Entrenador/ra (firma)	Lesionado/da (firma)	Dr./Dra. (firma)

Compliendo con la normativa de Protección de Datos de Caracter Personal le informamos que, con su firma, usted (su tutor legal, o representante legal) otorga el consentimiento para que sus datos personales formen parte de los tratamientos de la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645) en Calle Viriato, 2, 1ª, puerta 2 (28010), de Madrid. Datos que podrán ser utilizados con el único efecto de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutualidad y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación y en su caso, durante los terminos legales exigibles a la Mutualidad.

Se informa que sus datos podrán ser cedidos a la Federación Autonómica o Territorial de fútbol (para dar cumplimiento al artículo 59 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte), como a las compañías reaseguradoras (para dar cumplimiento, tanto a los convenios suscritos entre MUPRESFE y las compañías reaseguradoras, como en el artículo 77 de la Ley 50/1880, del 8 de octubre, de Contrato de Seguro), así como comunicar a los centros médicos colaboradores de MUPRESFE y a los centros médicos).

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, de portabilidad de datos y de limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito a la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, (calle Viriato, 2, 1ª, puerta 2 (28010), de Madrid), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser el responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico a notificaciones_gdpr@mupresfe.com