



DECLARACIÓ D'ACCIDENTS DE LESIONS ESPORTIVES

1. EL SR. / SRA. (a omplir pel responsable del club)

Nom i Cognom del President/ta: _____

Nom i Cognom de l'Entrenador/ra: _____

Club: _____

Categoria: _____

Grup: _____

És obligatori el segell, el nom i la signatura dels dos responsables del club.

DECLARA:

2. DADES DELS ESPORTISTES LESIONATS

Cognoms / Nom: _____

Domicili: _____

Població: _____

CP: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Data Naixement: _____ / _____ / _____

Telèfon: _____

Mòbil: _____

3. ACCIDENT I LESIONS PRODUÏDES (a omplir pel responsable del club)

Data Accident: _____ / _____ / _____

Nom del Camp: _____

Hora: _____

Modalitat: _____

Futbol 11

Futbol Sala

Futbol Femení

Futbol 7

Produït Durant: _____

Entrenament

Partit Lliga

Desplaçament

Partit Amistós

Posició Camp: _____

Porter

Defensa

MitgCentre

Davanter

Altres

Detall de lesions: _____

4. INFORMACIÓ MÈDICA (a omplir pel metge responsable de l'assistència)

Data de la primera assistència: _____ / _____ / _____

Centre / Metge primera cura: _____

Diagnòstic provisional: _____

Duració probable de la lesió: _____

El firmant del present document es compromet a recavar el consentiment exprés de l'esportista lesionat per que MCF pugui efectuar els tractaments de les dades recollides al dors del present document.

La signatura del present document suposa l'acceptació expressa de la política de protecció de dades recollida al dors del present document

Sota la meua responsabilitat, certifico l'autenticitat i veracitat de les dades anteriorment consignades i, en prova de això, signo aquest document.

A	, en data	Col·legiat/da núm:		
Club (segell)	President/a (signatura)	Entrenador/ra (signatura)	Lesionat/da (signatura)	Dr./Dra. (signatura)

Complint amb la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal li informem que, amb la seva signatura, vostè (o el seu tutor legal, o representant legal) atorga el consentiment perquè les seves dades personals formin part dels tractaments de la Mutuallitat de Previsió Social de Futbolistes Espanyols a Prima Fija (MUPRESFE, amb C.I.F. V85599645) al Carrer Viriato, 2, 1ª, porta 2 (28010), de Madrid. Dades que podran ser utilitzades als únics efectes de la bona consecució de les cobertures d'assistència mèdica que ofereix la Mutuallitat, i durant la temporada en vigor del bolletí de afiliació, i en el seu cas, durant els terminis legals exigibles a la Mutuallitat.

S'informa que les seves dades podran ser cedides a la Federació Autònoma o Territorial de futbol (per donar compliment a l'article 59 de la Llei 10/1990, de 15 d'octubre, de l'Esport), com a les companyies reassuradores (per donar compliment, tant als convenis subscrits entre MUPRESFE i les companyies reassuradores, com a l'article 77 de la Llei 50/1880, de 8 d'octubre, de Contracte d'Assegurança), així com ser comunicats als centres mèdics col·laboradors de MUPRESFE i als centres mèdics.

Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, de portabilitat de dades, i de limitació del tractament dirigint-se per escrit a la Mutuallitat de Previsió Social de Futbolistes Espanyols a Prima Fija, (carrer Viriato, 2, 1ª, porta 2 (28010), de Madrid), acompanyant fotocòpia del seu Document Nacional de Identitat i en el cas de ser el responsable d'un menor de qualsevol document que acreditï la seva representació, o bé per correu electrònic a la bústia notificaciones_gdpr@mupresfe.com