

DADES DEL SOL-LICITANT:

Nom i Llinatges (Pare, mare o tutor)					
D.N.I		Telèfon:			
Domicili:					
Municipi:		C.P.:		Província:	
Adreça electrònica					
Esport:		Categoria:		<input type="checkbox"/> Federat	<input type="checkbox"/> Escolar
Entitat o Club					
Municipi:					

Totes aquestes dades queden protegides en aplicació de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, especialment de l'article 5 ("Els responsables i encarregats del tractament de dades així com totes les persones que intervinguin en qualsevol fase d'aquest estaran subjectes al deure de confidencialitat a què es refereix l'article 5.1.f) del Reglament (UE) 2016/679. L'obligació general assenyalada anteriorment serà complementària dels deures de secret professional de conformitat amb la seva normativa aplicable. Les obligacions establertes en els apartats anteriors es mantindran tot i que hagués finalitzat la relació de l'obligat amb el responsable o encarregat del tractament").

Sol·licito la renúncia de la revisió mèdica esportiva del meu fill/filla de la temporada .

- Nom de l'esportista:
- D.N.I. de l'esportista:

Palma, de de .

[Rúbrica]

Servei de Medicina Esportiva
Direcció Insular d'Esports
Departament de Transició, Turisme i Esports
Consell de Mallorca
C/ General Riera núm. 111, de Palma. C.P. 07010
Tef.: 971-173648 / 971-173658