

**DADES DEL SOL·LICITANT:**

Entitat:					
CIF:					
Domicili:					
Municipi:		C.P.:		Província:	
Esport:		Temporada		<input type="checkbox"/> Federat	<input type="checkbox"/> Escolar
Persona Responsable:					
D.N.I.:		Telèfon:			
Adreça electrònica:					

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 de la temporada .

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