

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 Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, especialment de l'article 10 ("El responsable del fitxer i els qui intervinguin en qualsevol fase del tractament de les dades de caràcter personal estan obligats al secret professional pel que fa a les dades i al deure de guardar-les").

Sol·licito la renúncia de la revisió mèdica esportiva de la temporada .

Palma, de de .

[Rúbrica]

Servei de Medicina Esportiva, de la Direcció Insular d'Esports.

Departament de Turisme i Esports del Consell de Mallorca.

C/ General Riera núm. 111, de Palma. C.P. 07010

Tef.: 971-173648 / 971-173658