

ESTE DOCUMENTO DEBE SER CUMPLIMENTADO POR EL INTERESADO

**ANTECEDENTES MÉDICOS [ENFERMEDADES]:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS NEUROLÓGICOS:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS CARDIOVASCULARES:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS NEUMOLÓGICOS (Ej. ASMA):**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**TOMA USTED MEDICAMENTOS?**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**PROBLEMAS ALÉRGICOS:**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

**ESTÁ USTED SIENDO TRATADO POR ALGÚN PROBLEMA MÉDICO?**

**SI**  
INDICAR →

**NO**

datos

Según lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados:

- 1) De la existencia de un fichero para el tratamiento de datos de carácter personal, destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas, por parte de la Comisión Médica de la FACYL.
- 2) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- 3) El responsable del fichero es la FACYL, con domicilio en Paseo de San Roque, 29 -1º 05003 Avila



solicitante

Declaro que he informado exactamente sobre mis antecedentes y estado de salud actual

Firmado D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma