

# FITXA MÈDICA CASTELLERS DE SANTS

**NOM:**

**DATA DE NAIXEMENT:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

MALALTIES RELLEVANTS:

-

-

-

Altres:

MEDICACIÓ RELLEVANT:

-

-

-

Altres:

AL·LÈRGIES:

-

-

-

Altres:

Comentaris:

AUTORITZACIÓ I COMPLIMENT AMB LA LLEI ORGÀNICA 15/1999 DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

Jo\*..... amb DNI ....., d'acord amb el que preveu l'Article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i el seu Reial Decret 1720/2007 de desenvolupament quedo informat que les meves dades recollides en aquest formulari seran incloses en un fitxer anomenat *DATOS MÉDICOS COLLA CASTELLERS DE SANTS* (n. de registre 2152020391) inscrit al Registre General de Protecció de Dades i que el Responsable del mateix és la responsable sanitària de la Colla Castellers de Sants, Sílvia Simó Nebot, en nom del Secretariat d'Entitats de Sants, Hostafrancs i La Bordeta.

Fitxer que té com a finalitat gestionar les dades per a la prevenció i seguretat i prevenció dels participants en les activitats que organitza la Colla Castellers de Sans davant de possibles accidents.

Per tot això, expesso el meu consentiment pel tractament d'aquestes dades, d'acord amb el que preveu l'Art. 5 de l'esmentada Llei.

Signatura

....., dia ..... del 20.....

Així mateix, podrà exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i, si escau, oposició, presentant o enviat una sol·licitud per escrit, dirigida a la responsable sanitària de la Colla, Sílvia Simó Nebot, a borinots@borinots.cat i acompanyada d'una fotocòpia del seu DNI o document acreditatiu equivalent i indicant a l'assumpte "PROTECCIÓ DE DADES".

\* NOTA: En cas dels menors d'edat, l'autorització la signarà un responsable legal:

Nom del menor: .....

Data de naixement: .....