



**MUTUALITAT
DE FUTBOLISTES**

Delegació Catalana

DECLARACIÓ D'ACCIDENTS DE LESIONS ESPORTIVES

1. EL SR. / SRA. (a omplir pel responsable del club)

Nom i Cognom del President/ta: Santi Adrians Arny

Nom i Cognom de l'Entrenador/ra: _____

Club: _____ Categoria: _____ Grup: _____

És obligatori el segell, el nom i la signatura dels dos responsables del club.

DECLARA:

2. DADES DELS ESPORTISTES LESIONATS

Cognoms / Nom: _____

Domicili: _____

Població: _____ CP: _____ DNI: _____ E-mail: _____

Data Naixement: ____ / ____ / ____ Telèfon: _____ Mòbil: _____

3. ACCIDENT I LESIONS PRODUÏDES (a omplir pel responsable del club)

Data Accident: ____ / ____ / ____ Nom del Camp: _____ Hora: _____

Modalitat: Futbol 11 Futbol Sala Futbol Femení Futbol 7

Produït Durant: Entrenament Partit Lliga Desplaçament Partit Amistós

Posició Camp: Porter Defensa MitgCentre Davanter Altres

Detall de lesions: _____

4. INFORMACIÓ MÈDICA (a omplir pel metge responsable de l'assistència)

Data de la primera assistència: ____ / ____ / ____

Centre / Mèdic primera cura: _____

Diagnòstic provisional: _____

Duració probable de la lesió: _____

El firmant del present document es compromet a recavar el consentiment exprés de l'esportista lesionat per que MCF pugui efectuar els tractaments de les dades recollides al dors del present document. La signatura del present document suposa l'acceptació expressa de la política de protecció de dades recollida al dors del present document.

Sota la meua responsabilitat, certifico l'autenticitat i veracitat de les dades anteriorment consignades i, en prova de això, signo aquest document.



_____, en data

Col·legiat/da núm: _____

President/a (signatura)

Entrenador/ra (signatura)

Lesionat/da (signatura)

Dr./Dra. (signatura)

Complint la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal li informem que, amb la seva signatura, vostè (o el seu tutor legal, o representant legal) atorga el consentiment perquè les seves dades personals formin part dels tractaments de la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, amb C.I.F. V85599645) al Carrer Viriato, 2, 1ª, porta 2 (28010), de Madrid. Les dades recollides podran ser utilitzades als únics efectes de la bona consecució de les cobertures d'assistència mèdica que ofereix la Mutualidad, i durant la temporada en vigor del bolletí de afiliació. A més, podran ser comunicades als centres mèdics col·laboradors de MUPRESFE i als centres mèdics.

17411 VIDRERES (Girona)

S'informa que les seves dades podran ser cedides a la Federació Autònoma o Territorial de futbol (per donar compliment a l'article 59 de la Llei 10/1990, de 15 d'octubre, de l'Esport), com a les companyies reasseguradores (per donar compliment, tant als convenis subscrits entre MUPRESFE i les companyies reasseguradores, com a l'article 77 de la Llei 50/1880, de 8 d'octubre, de Contracte d'Assurance), així com ser comunicats als centres mèdics col·laboradors de MUPRESFE i als centres mèdics.

Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, de portabilitat de dades, i de limitació del tractament dirigint-se per escrit a la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, (carrer Viriato, 2, 1ª, porta 2 (28010), de Madrid), acompanyant fotocopia del seu Document Nacional de Identitat i en el cas de ser el responsable d'un menor de qualsevol document que acrediti la seva representació, o bé per correu electrònic a la bústia notificaciones_sdr@mupresfe.com