



MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS

FOTO
PERSONA,
SIN
Y SIN SELLO

RECONOCIMIENTO MÉDICO
MODELO BÁSICO

La fotografía deberá ser original y ésta se ajustará al tamaño del cuadro indicado

Primer Apellido/Surname 1 :

Segundo Apellido/Surname 2 :

Nombre/Prenome :

N.I.F. nº :

Fecha de Nacimiento :

Domicilio :

Nº : Teléfono :

Localidad :

Código Postal :

Nacionalidad :

Nº del Club :

Nombre del Club : CD BASILEA FUTBOL SALA

Licencia de :

FECHA DE PRESENTACIÓN:

(Máximo 2 meses desde la realización)

EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLUB
(Firma y Sello)



LA VALIDEZ EN EL ÁMBITO FEDERATIVO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO REALIZADO SERÁ HASTA (MES/AÑO)

D.N.I. nº

DANIEL ALEMAN LOPEZ

TEST BÁSICO

Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por:

el/la Doctor/a D./Dª

Con N.I.F. nº

Colegiado en

Con el nº

siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:

ANAMNESIS CLÍNICA Y ANTECEDENTES

AUSCULTACIÓN CARDIO-PULMONAR BASAL

TENSIÓN ARTERIAL BASAL

TEST DE RUFIER

AUSCULTACIÓN CARDIO-PULMONAR TRAS EL EJERCICIO

TOMA TENSIÓN ARTERIAL TRAS EJERCICIO

OBSERVACIONES

De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera:

Apto No Apto para la práctica del Fútbol.

En _____, _____

(Firma y Sello del Médico)

ELECTROCARDIOGRAMA

Al afiliado cuyos datos personales anteceden en el día de la fecha, se le realiza el reconocimiento médico por el Cardiólogo/a o

Especialista en Medicina Deportiva

Con N.I.F. nº

Colegiado en

Con el nº

siendo los resultados de las pruebas, los siguientes:

OBSERVACIONES:

De los precedentes datos el Facultativo que suscribe le considera:

Apto No Apto para la práctica del Fútbol.

En _____, _____

(Firma y Sello del Cardiólogo/a o Especialista en Medicina Deportiva.)

Cumpliendo con la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que, con su firma, usted (o su tutor legal, o representante legal) otorga el consentimiento para que sus datos personales formen parte de los tratamientos de la Mutuality of Footballers Españoles a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas, Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutuality, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso, durante los plazos legales exigibles a la Mutuality. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autónoma o Territorial de fútbol (para dar cumplimiento al artículo 59 de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte), como a las compañías reaseguradoras (para dar cumplimiento, tanto a los convenios suscritos entre MUPRESFE y las compañías reaseguradoras, como al artículo 77 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro), así como ser comunicados a los centros médicos colaboradores con MUPRESFE (para dar cumplimiento a los convenios de asistencia médica suscritos entre MUPRESFE y los centros médicos). Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, de portabilidad de datos, y de limitación del tratamiento dirigiéndose por escrito a la Mutuality of Footballers Españoles a Prima Fija, (calle José Echegaray 8, Ed. III pta. 2ª Las Rozas), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser el responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón notificaciones_gdpr@mupresfe.com

Fdo.: D./Dª

(El mutualista, tutor legal o representante legal)