



Federación Andaluza
de Baloncesto

Avda. de Guerrita, 31-local 5
Tfno. (957) 45 67 06 - 45 67 07
Fax (957) 45 67 01
14005-CÓRDOBA
fab@andaluzabalconcesto.org
<http://www.andaluzabalconcesto.org>

MODELO CERTIFICADO MEDICO INDIVIDUAL

D. _____ Colegiado Médico
nº _____, con residencia en _____
manifiesta que el jugador D. _____ del
equipo Club Baloncesto Toxiria, perteneciente a la categoría de
_____, afiliado a la Federación Andaluza de
Baloncesto, ha sido reconocido en el día de la fecha y declarado apto para la
práctica del Baloncesto en dicha categoría durante la presente Temporada 2.00
/ 2.01 .

Y para que así conste, se expide el presente certificado en

_____ a _____ de _____ de 2.01

Fdo. _____
(firma y sello)

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad de CLUB BALONCESTO TOXIRIA y que sean tratados con la finalidad de **mantener, desarrollar y controlar la relación contractual** que nos une.

Asimismo declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome a CLUB BALONCESTO TOXIRIA en C/ Caballero de Gracia, Nº 73, Código Postal 23.650 Torredonjimeno (Jaén), o mediante correo electrónico a la dirección info@cbtoxiria.es