

## CERTIFICADO MEDICO APTO PARA JUGAR TEMPORADA 23/24

El abajo firmante médico colegiado número \_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador/a

\_\_\_\_\_ y lo declara APTO para jugar al baloncesto, tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad superior a esta solicitud

Fecha del reconocimiento (OBLIGATORIA - DIA, MES Y AÑO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del médico (OBLIGATORIA)

CUÑO DEL MEDICO (OPCIONAL)

### Documento a rellenar completo y con el nombre y 2 apellidos del jugador

En cumplimiento del RGPD UE 2016 679, le informamos que los datos tratados forman parte del Registro de Actividades de Tratamiento cuyo responsable es la Federación Navarra de Baloncesto; que los mismos se utilizan con la base jurídica del interés legítimo del responsable en cumplimiento del art. 49.2 de la Ley Foral 15/2001 de Deporte de Navarra, y aquellos otros reflejados en la política de privacidad de FNB; la finalidad del tratamiento es la acreditación de la aptitud para la práctica de la actividad deportiva; los datos se conservaran para el desarrollo de las funciones legítimas de la FNB por plazo indefinido, no cediéndose a terceras entidades salvo obligación legal; puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y limitación del tratamiento en el correo electrónico de la FNB [protecciondedatos@fnbaloncesto.com](mailto:protecciondedatos@fnbaloncesto.com)