

SOLICITUD DE ENTREGA DE PRUEBAS MÉDICAS

D/Dña:.....
con Nº de Registro..... solicita la entrega de las pruebas médicas que se le
han realizado en el Centro Regional de Medicina Deportiva que se detallan a continuación:
.....
.....

Valladolid, adede 20.....

Fdo.:

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, con la finalidad de garantizar el seguimiento médico, la prevención de la salud y la mejora de las aptitudes de los deportistas federados, y, en su caso, y con las debidas garantías, de utilizar estos datos como herramienta para la confección de estadísticas. El tratamiento de estos datos está legitimado por el consentimiento otorgado en el presente documento, y asimismo es necesario para el ejercicio de un poder público. Estos datos sólo podrán ser cedidos a los destinatarios especificados en este formulario de autorización o a los que pudiese marcar una obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos cuando ya no sean necesarios para los fines antes descritos, así como a limitar u oponerse a su tratamiento en los mismos términos, a solicitar la portabilidad de sus datos y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el Portal de Salud de Castilla y León, y a través de la dirección de correo dpd@saludcastillayleon.es