



## DECLARACIÓ D'ACCIDENTS DE LESIONS ESPORTIVES

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

Nom i Cognom del President/ta: \_\_\_\_\_

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.

A _____, en data _____		Col.legiat/da núm: _____		
Club (segell)	President/a (signatura)	Entrenador/ra (signatura)	Lesionat/da (signatura)	Dr./Dra. (signatura)

Complint amb 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 Mutuallitat de Previsió Social de Futbolistes Espanyoles a Prima Fija (MUPRESFE, amb C.I.F. V85599645) al Carrer Viriato, 2, 1ª, porta 2 (28010), de Madrid. Dades que podran ser utilitzades als únics efectes de la bona consecució de les cobertures d'assistència mèdica que ofereix la Mutuallitat, i durant la temporada en vigor del bolletí de afiliació, i en el seu cas, durant els terminis legals exigibles a la Mutuallitat.

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'Assegurança), 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 Mutuallitat de Previsió Social de Futbolistes Espanyoles 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\\_gdpr@mupreste.com](mailto:notificaciones_gdpr@mupreste.com)