

FORMULARIO PARA EL SEGUIMIENTO DE PARTES DE LESIONES

(IMPORTANTE: SOLO FEDERADOS)

Remitir relleno a aseguraa@basketbasko.com, o bien por whatsapp al número 669344898.

Nombre:		
DNI :		
Club al que pertenece		
Fecha del accidente:		
Centro al que acude:		
Seguimiento de la lesión. Marque qué servicios médicos ha requerido.	Urgencias	<input type="checkbox"/>
	Consulta	<input type="checkbox"/>
	Pruebas adicionales:	
	Rayos X	<input type="checkbox"/>
	Resonancia	<input type="checkbox"/>
	Ecografía	<input type="checkbox"/>
	TAC	<input type="checkbox"/>
	Cirugía/ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>
	Fisioterapia o rehabilitación	<input type="checkbox"/>
Breve descripción de la lesión		
e-mail de contacto		
Teléfono de contacto		
FIRMA (jugador o padre/madre o tutor si es menor de edad)		
Firma responsable del club		

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un Fichero de Datos de Carácter Personal, titularidad de la FEDERACIÓN VASCA DE BALONCESTO como responsable del Fichero, con fines puramente estadísticos. Asimismo, la FEDERACIÓN VASCA DE BALONCESTO garantiza al titular de los datos el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos que le conciernen, debiendo, para ello, dirigirse mediante comunicación escrita a la FEDERACIÓN VASCA DE BALONCESTO, en Plaza Federico Moyúa 6, 1º Izq (48009 Bilbao), adjuntando copia de su DNI. En cualquier caso, el titular de los datos resulta informado y al firmar consiente en la conservación y comunicación de dichos datos bajo las debidas condiciones de seguridad y secreto profesional, por el período que resulte necesario para la finalidad para la que son recabados, tratados y cedidos.