



FEDERACIÓN MELILLENSE DE BALONCESTO

D. _____

Colegiado Médico nº _____, con residencia en _____

informa que los jugadores que se relacionan a continuación del

equipo _____

de categoría _____

afiliado a la Federación Melillense de Baloncesto han sido reconocidos

por mí en el día de la fecha y declaro APTOS para practicar el Baloncesto

en dicha categoría durante la Temporada actual.

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

10.-

11.-

12.-

13.-

14.-

15.-

Sello y Firma del Colegiado

En Melilla, a ____ de _____ de 201_

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable, le informamos que los datos recogidos serán incluidos en un fichero bajo la responsabilidad de FEDERACIÓN MELILLENSE DE BALONCESTO. Los afectados podrán ejercer su derecho de acceder, rectificar y cancelar su información remitiendo un escrito a:

FEDERACIÓN MELILLENSE DE BALONCESTO C/
Azucena s/n (Pabellón Guillermo García Pezzi) 52006 –
MELILLA