



# ESPMMA

## DECLARACIÓN RESPONSABLE ESTADO DE SALUD DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

**NOMBRE y APELLIDOS** \_\_\_\_\_

**DNI** \_\_\_\_\_ **FECHA NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

### DATOS DEL EVENTO DEPORTIVO

<b>NOMBRE</b>	
<b>LUGAR</b>	
<b>FECHA</b>	

Declaro que los datos detallados a continuación, dados por mi persona, son verídicos y correctos. Me comprometo a informar de la aparición de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de mi práctica deportiva de MMA. La omisión o la inexactitud de estas declaraciones me responsabilizan directamente, liberando de toda responsabilidad jurídica a la federación, los organizadores del evento deportivo y al servicio médico del evento.

Declaro que **NO HE CONSUMIDO NINGUNA SUSTANCIA INCLUIDA EN LA LISTA DE SUSTANCIAS Y METODOS PROHIBIDOS EN EL DEPORTE y POSEO LICENCIA FEDERATIVA DE MMA EN VIGOR**

MARQUE CON UN CÍRCULO SI o NO

EPILEPSIA Y/O SINDROME CONVULSIVO	SI	NO
DIABETES EN TODAS SUS FORMAS	SI	NO
ENFERMEDADES RENALES	SI	NO
ENFERMEDADES HEMORRAGICAS	SI	NO
TRAUMATISMOS CEREBRALES	SI	NO
ENFERMEDADES CARDIACAS	SI	NO
VIH POSITIVO DETECTADO	SI	NO
HEPATITIS DETECTADA B (HBgAg) HEPATITIS DETECTADA C	SI	NO
POSEER UNA AGUDEZA VISUAL MAYOR DE 5/10 EN UNO O EN AMBOS OJOS	SI	NO
TENER LESIONES OCULARES QUE PUDIESEN AGRAVARSE CON LA PRACTICA DEL MMA	SI	NO
ANOMALIA DE LA TENSION ARTERIAL	SI	NO
NO ESTAR EMBARAZADA	SI	NO
NO ESTAR SUSPENDIDO POR CONMOCIÓN U OTRO MOTIVO POR CUALQUIER FEDERACIÓN U ORGANISMO	SI	NO

Por el presente, manifiesto que los datos personales a los que se refiere este documento han sido facilitados voluntariamente por mí con el objetivo de proporcionar la información necesaria para el correcto desarrollo del evento deportivo, y para dejar constancia de mi estado de salud. Dichos datos se incluirán en ficheros, automatizados o no, y serán tratados de forma totalmente confidencial por la Federación Española de Luchas Olímpicas y D.A.

Soy conocedor de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto al respecto en la legislación aplicable, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndome por escrito a la Federación Española de Lucha, Calle Amos Escalante 12, bajo, 28017 de Madrid.

Soy conocedor de que la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, autoriza a los profesionales sanitarios sujetos a secreto profesional y a otras personas sujetas a equivalente obligación de secreto, al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios.

Soy conocedor y acepto que la FELODA no cederá mis datos a terceros sin mi expreso consentimiento, que deberá ser solicitado expresamente.

#### **FIRMA DEL DEPORTISTA**



