

## **NOMBRE DEL RECONOCIDO**

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y CESION DE DATOS**

D. \_\_\_\_\_ . MANIFIESTO Y FIRMO MI ACUERDO

M.E.D.E. , Entidad de nacionalidad Española, con domicilio en calle Tomas Pérez 87Acc., de Sevilla, es la entidad responsable de los ficheros de RECONOCIMIENTOS, generado con los datos de carácter personal suministrados a través del presente documento, así como a través de la concertación de las citas solicitadas por los pacientes federados a los que practicamos reconocimientos médicos, datos todos ellos necesarios para el cumplimiento de servicios que se prestan en los reconocimientos médicos.

El/La firmante de este documento, SI AUTORIZA el tratamiento automatizado y en formato de papel e informático de sus datos de carácter personal para:

- Reconocimiento y seguimiento del paciente.
- Inclusión en su historial Médico de reconocimiento.
- Inclusión en formularios para la realización de pruebas, diagnósticos o cualquiera otra gestión derivada de la relación entre el médico y el paciente.
- Dado que los pacientes reconocidos han solicitado el reconocimiento a través de la Real Federación Andaluza de Fútbol, autoriza igualmente a realizar, con sus datos, gestiones administrativas relacionada con la Mutualidad de Futbolistas y/o la Real Federación Andaluza de Fútbol, a la hora de rellenar formularios, administrar y ceder datos a la RFAF.

Asimismo, SI ACEPTA, expresamente y autoriza, con las mismas finalidades detalladas anteriormente, así como las derivadas de otras gestiones, cualesquiera que sean, y la cesión de sus datos de carácter personal a la R.F.A.F. o médicos colaboradores y otro personal sanitario de esta entidad o contratados por ella, y/o a la citada Mutualidad de Futbolistas, y/o a otras empresas colaboradoras y encargadas de la asistencia en cualquiera de sus formas, y de las que se deriven relación por petición de pruebas externas, sin necesidad que le sea comunicada cada cesión que se efectúe al respecto, y respetando la legislación española sobre la protección de datos de carácter personal.

Igualmente SI AUTORIZA la cesión de sus datos de carácter personal que le sean solicitados por los médicos asistenciales o clínicas concertadas a las que Vd. acuda para

hacer exploraciones diagnósticas, tratamientos médicos, y reconocimientos, así como que dichos médicos asistenciales, cedan a su vez a quien consideren oportuno en el curso del proceso médico o de reconocimiento a quien proceda incluyendo a la Mutualidad de Futbolistas o RFAF, los datos resultantes de dichas exploraciones, sin necesidad de que le sea comunicada cada cesión que se efectúe a los referidos cesionarios, y respetando en todo caso y así mismo, la legislación española sobre la protección de datos de carácter personal.

De la misma forma, SI AUTORIZO a que este documento sea guardado de forma digital, o Archivo PDF u otro, con el fin de evitar problemas de archivo y espacio.

Los referidos datos de carácter personal serán tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizadas en el presente documento.

El fichero creado y cedido, y estará ubicado digitalmente en la base de datos de la INTRANET de la RFAF, bajo la supervisión y control de la mencionada entidad, quien asume la adopción de medidas de seguridad de índole técnica y organizativa, para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre , de Protección de Datos de carácter Personal y demás legislación aplicable, pudiendo el interesado ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de los datos de carácter personal mediante comunicación dirigida a la referida entidad.

En prueba de conformidad con el contenido del presente documento, se firma ambas caras de este, en el lugar y fecha indicados:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I. número: \_\_\_\_\_ FECHA FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMADO:

En el caso de menores:

D. /Dña.. \_\_\_\_\_, con documento Nacional de identidad número \_\_\_\_\_,



como PADRE MADRE TUTOR LEGAL, firmo en nombre del

menor \_\_\_\_\_, asumiendo y autorizando todo lo expuesto en todas las páginas del presente documento.

FIRMADO