**SOLICITUD DE LICENCIA FEDERATIVA AUTONÓMICA TEMPORADA 2019**

CLUB DEPORTIVO:

CATEGORÍA: (\*) TIPO: (\*) MODALIDAD:

(\*) TIPO: JUGADOR/A, TÉCNICO/A, AUXILIAR, DELEGADO O DIRECTIVO/A

MODALIDAD: BÉISBOL / SÓFBOL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DNI/NIE/PASAPORTE | NOMBRE Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO | FIRMA DEL/DE LA INTERESADO/A | FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A (MENORES DE 18 AÑOS). INDICAR Nº DOCUMENTO |
|  |  |  |  | DNI/PASAPORTE/NIE: |

El firmante de esta solicitud declara conocer y expresamente aceptar los Estatutos, Normas y Reglamentos de la Federación Madrileña de Béisbol y Sófbol (FMBS), a cuya jurisdicción se someten, comprometiéndose a su cumplimiento. Asimismo, declaran haber realizado el reconocimiento médico necesario para comprobar la compatibilidad fisiológica, en términos de salud y seguridad, para la práctica de esta modalidad deportiva. Declaran también conocer las condiciones de afiliación a la Entidad Aseguradora que se indica a continuación, como beneficiarios/as de una póliza de Seguro que cubre las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo que se determinan en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio (B.O.E. núm. 149, de 23 de junio de 1993). ENTIDAD ASEGURADORA: ALLIANZ , TOMADOR DEL SEGURO: FEDERACIÓN MADRILEÑA DE BÉISBOL Y SÓFBOL, PÓLIZA Nº 042898975 , PERIODO DE VIGENCIA: 01/01/2019 AL 31/12/2019

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y normativa española vigente, y respecto a los datos que me identifican como federado doy mi consentimiento para que sean tratados para la práctica del deporte federativo (obligatoria por la naturaleza de la relación)

Mis datos serán incorporados al Sistema de Protección de Datos de la **Federación Madrileña de Béisbol y Sófbol**, con N. I. F. **G79186649**, y domicilio en **Avenida Sala de los Infantes 1, 2º. 28034 - Madrid**. Serán conservados el tiempo que dure el consentimiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos para los que se ha consentido.

Se me informa que mis datos pueden ser cedidos a Organismos Públicos para el cumplimiento de las obligaciones legales, a Organismos Deportivos Nacionales e Internacionales según disposiciones legales y compañía de seguro para asistencia médica

Trataremos su imagen y /o voz basándonos en el legítimo de la Federación, legitimado por el artículo 36.b de la Ley 15/1994, de 28 de diciembre, del Deporte de la Comunidad de Madrid.

Declaro haber sido informado de poder ejercitar mis derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podré ejercitar estos derechos por escrito en la dirección postal o electrónica que aparece al final de la cláusula, junto a copia de mi DNI.

Este consentimiento es libre, inequívoco y específico para los tratamientos donde me he manifestado afirmativamente, habiendo sido informado de la posibilidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si bien, esta retirada no afectará a los tratamientos anteriores a la misma. Para esta revocación del consentimiento, o cualquier otra consulta, debo comunicarlo por escrito, adjuntando fotocopia del DNI, a **Federación Madrileña de Béisbol y Sófbol**, en **Avenida Sala de los Infantes 1, 2º**. **28034** - **Madrid** o a registro@fmbs.org.

Asimismo, declaro que he sido informado de mi derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos.

ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL D.N.I./PASAPORTE/NIE EN VIGOR