# Solicitud de Licencia para la temporada 2023/24

**Datos del Equipo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Club: |  | Foto |
| Competición: |  |
| Categoría: |  |
| Equipo: |  |

**Datos del Titular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: |  | DNI: |  |
| Nombre: |  | **Fecha Nac.:** |  |
| Localidad: |  | **Lugar Nac.:** |  |
| Provincia: |  | **Teléfono:** |  |
| eMail: |  | **C.P.:** |  |

Este documento acredita la vinculación que existe entre el Club y el titular, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento de Organización de la Federación de Baloncesto de Madrid.

**Reconocimiento médico**

En caso de que el interesado sea menor de 18 años, el progenitor firmante, como titular de la patria potestad, asegura y certifica con su firma tener acuerdo suficiente, acordada con el otro progenitor, según el artículo 156 CC, para llevar a cabo este acto.

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), Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales y resto de normativa vigente en esta materia, y respecto a sus datos como socio se le informa que sean tratados para la obtención de su licencia y su relación como federado con la Federación de Baloncesto de Madrid, según lo dispuesto en el artículo 6.1.b RGPD.

Trataremos su imagen y /o voz, en competiciones deportivas, en cumplimiento de la misión realizada en interés público, artículo 6.1.e. RGPD, según dispone el artículo 11.3 de la Ley 39/2002, del deporte, y en ningún caso buscando fines lucrativos. Para el tratamiento de su imagen y/o voz para uso comercial, publicitario de la Federación de Baloncesto de Madridse le solicita su consentimiento:

**Si consiento**

Se le informa que los mismos serán cedidos en los casos que exista una obligación legal, según lo establecido en el artículo 6.1.c del RGPD. Asimismo, se le informa que se procederá a la cesión de sus datos a organismos deportivos oficiales nacionales e internacionales, como a la actual compañía aseguradora, basándonos tanto en las obligaciones legales vigentes como en el interés legítimo de las partes según los arts. 6.1.b y 6.1.f del RGPD.

Sus datos serán incorporados al Sistema de Protección de Datos de la Federación de Baloncesto de Madrid, con N. I. F. G78332541, y domicilio en Edificio el Barco. Avenida Sala de los Infantes 1, 8º. 28034 Madrid. Serán conservados durante el tiempo que dure el tratamiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos llevados a cabo.

Se le informa de la posibilidad de retirar su consentimiento en cualquier momento. Si bien, esta retirada no afectará a los tratamientos anteriores a la misma. Asimismo, se le informa de que puede ejercitar sus derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de estos según lo establecido en el RGPD. Podrá ejercitar estos derechos, o revocar el consentimiento, por escrito en la dirección postal indicada o en secretariageneral@fbm.es, facilitando datos que permitan su correcta identificación.

Esta entidad ha nombrado Delegado de Protección de Datos a Persevera, S. L. U., en la persona de Manuel del Palacio. Puede contactar con él en [mdp.dpo@perseveragrupo.com](mailto:mdp.dpo@perseveragrupo.com)

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

Si no desea recibir más correos informativos y/o promocionales, indíquelo en secretariageneral@fbm.es, indicando en el asunto "baja" o "no enviar correos".

El abajo firmante, D./Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico Colegiado con número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar a Baloncesto tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y sello del médico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma para mayores de 18 años** | | **Firma para menores de 18 años** | | |
| **Nombre** | **DNI** | **Nombre** | **DNI** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  | | |