

CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DE CONTROLS ANALÍTICS PERIÒDICS I VALORACIONS CLÍNiques I FISIOLÒGiques PER PART DELS CENTRES DE MEDICINA DE L'ESPORT DEL CONSELL CATALÀ DE L'ESPORT

La persona sota signant, _____, amb DNI/passaport núm. _____, com a tutor o tutora, representant legal, i/o pare o mare de l'esportista _____, amb domicili a _____, de _____, província de _____,

Manifesta haver rebut la informació que a continuació s'expressa:

Els serveis mèdics dels centres de Medicina de l'Esport del Consell Català de l'Esport realitzen de forma sistemàtica, i dintre dels diferents protocols de proves mèdiques, als esportistes i a les esportistes pertanyents als programes ARC i de tecnificació esportiva, diversos procediments clínics i analítics per determinar tant l'estat de salut dels i de les esportistes, com la valoració de l'assimilació dels programes d'entrenament que efectuen, i també la presència en els fluids corporals de substàncies que les diferents legislacions en vigor sobre la lluita contra el dopatge i de protecció de la salut de l'esportista contemplen com a susceptibles de sanció, incloses les drogues il·legals.

Els controls a efectuar es faran pel personal sanitari dels propis centres de Medicina de l'Esport i es comunicaran els resultats a l'interessat o la interessada, el seu tutor o tutora, representant legal i/o pare o mare, i també a l'entrenador o l'entrenadora responsable del seu grup, mantenint-se la reserva sobre informació personal.

I declara que:

AUTORITZA als serveis mèdics dels centres de Medicina de l'Esport del Consell Català de l'Esport a efectuar les proves que es considerin per tal de complir els seus programes preventius, a l'esportista: _____, amb DNI/passaport núm. _____.

Aquest consentiment puc canviar-lo, modificar-lo, revocar-lo o denegar-lo en qualsevol moment, tot tenint present i coneixent que, d'acord amb les vigents normes de funcionament intern del Centre Català de Tecnificació d'Esplugues de Llobregat, la possibilitat de realització, per part dels Serveis Mèdics, dels actes necessaris per a l'atenció global i seguiment de l'estat de salut del/la esportista és un requisit perquè aquest/a gaudeixi de la condició de becat/da a la Residència J. Blume.

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, li fem saber que les seves dades personals seran recollides, incorporades i tractades al fitxer anomenat "Centre de Medicina de l'Esport", la finalitat del qual és la de recollir dades de les revisions mèdiques esportives dels centres de medicina de l'esport per al seu tractament, control i gestió. L'òrgan responsable d'aquest fitxer és la Unitat d'Esport i Salut del Consell Català de l'Esport i l'adreça on us podeu dirigir per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la d'Esplugues de Llobregat, Av. Països Catalans 40-48.

Signatura:

Esplugues de Llobregat (Barcelona), a _____ de _____ de 201_____