

**ATENCIÓN SANITARIA PARA DEPORTISTAS, TÉCNICOS Y DELEGADOS DEL PROGRAMA DE DEPORTE EN EDAD ESCOLAR DE CASTILLA Y LEÓN.**

**Datos del solicitante\***

<input type="checkbox"/> Juegos Escolares		<input type="checkbox"/> Campeonatos Regionales de Edad			
<input type="checkbox"/> Deportista		<input type="checkbox"/> Técnico		<input type="checkbox"/> Delegado	
DNI	Primer apellido	Segundo apellido		Nombre	
Tipo de vía CALL	Nombre de la vía	Núm.	Escalera	Piso	Letra
Provincia	Localidad			C.P.	
Teléfono fijo	Teléfono móvil			Fax	
Organismo asegurador (1)		Entidad responsable de la prestación de asistencia sanitaria (2)		Código de Identificación de Tarjeta Sanitaria (3)	

**Datos del equipo**

Deporte	Equipo
Club/Centro Escolar	Categoría

**Atención médica**

Fecha	Instalación deportiva
Provincia	Localidad
Breve descripción del accidente	

(1) Especificar organismo con el que tiene reconocida la asistencia sanitaria (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS) según Anexo.

(2) Indicar entidad responsable de la prestación de asistencia sanitaria (SACYL, ADESLAS, ASISA, DKV....etc.) según Anexo

(3) Ver imagen de TSI con código de identificación remarcado en rojo, en anexo.

En .....a.....de .....de 201

Fdo:.....

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos de carácter personal contenidos en el impreso serán incluidos en un fichero para su tratamiento por la Dirección General de Deportes, como titular responsable del mismo. Asimismo se informa que se podrá ejercer los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación ante la Dirección General de Deportes en los modelos aprobados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

**CENTRO DE SALUD/HOSPITAL...**