

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha nacimiento:

Documento de Identidad N°:

País:

Localidad:

Teléfonos:

Domicilio:

CUESTIONARIO MÉDICO

Enfermedades específicas padecidas:

Intervenciones quirúrgicas:

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?:

¿A cuáles?:

Fecha de la última antitetánica:

¿Ataques epilépticos?:

¿Alguna enfermedad infectocontagiosa?:

¿Cuál?:

¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

¿Otro tipo de alergias?:

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:

¿Ha sido contagiado por el COVID-19?:

¿Ha sido vacunado por el COVID-19?:

¿En caso de haber sido vacunado por el COVID-19, Indicar Fecha de aplicación y nombre de vacuna:

Para la Participación en las actividades de socorrista, **es imprescindible** llevar esta ficha Médica cumplimentada.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

Nº DE DOCUMENTO

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que mis datos facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático) , sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es Aqua Group Services, con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. Quedo informado que mis datos serán cedidos, a la empresa Aqua Group Services, para el control y organización de esta actividad y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente.

Autorizo a la empresa Aqua Group Services, a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir, reproducciones fotográficas, grabaciones en vídeo o audio en las que participa el socorrista para uso únicamente divulgativo, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes.

El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que no tiene impedimento físico o médico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercerlos derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de mis datos en la dirección postal C/Torrox, 16 3C – 28041 Madrid, según el procedimiento previsto en la normativa vigente.

