

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

Nombre _____

N.I.F. _____ - Fecha Nacimiento _____

(Foto Obligatoria)

 Árbitro **Árbitro colaborador** **Of. Mesa** **Técnico**

(Marque lo que proceda)

Nº Licencia _____

Domicilio _____

Población _____ Código postal _____

Teléfono _____ Teléfono _____ E-mail _____

Colaborador Centro/Entidad _____

Vehículo propio SI
 NODesignar en otros centros SI
* Sólo Árbitro colaborador NO

Esta licencia acredita la vinculación que existe entre FBCV y el titular de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento General y de Competiciones

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma del padre, madre o tutor/a si el titular es menor de edad, autorizando la solicitud de licencia y aceptando todos los datos y autorizaciones que consten.

Firma del padre, madre o tutor/a:

Fecha:

El abajo firmante, Médico Colegiado con número:

Certifica haber reconocido al solicitante, y lo declara apto para su función dentro del Baloncesto.

Firma de médico:

Fecha:

* No necesario en caso de Árbitro colaborador

El arriba firmante autoriza a la FBCV. a registrar los datos de carácter personal detallados en este impreso, los cuales serán tratados en todo momento de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación vigente. En función de la aplicación de dicha normativa, el afectado podrá acceder, rectificar, y cancelar su información remitiendo un escrito a: Federación Baloncesto Comunidad Valenciana - C/ Monestir de Poblet, 14, 1º, 3ª, 46015 Valencia. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad llevar a cabo las gestiones necesarias para el desarrollo de las competiciones, así como el resto de funciones propias de la FBCV.