



DECLARACIÓ D' AL.LERGIES MÈDIQUES

DATA: _____ NOM: _____

COGNOMS: _____

EDAD: _____ TELÈFON: _____

TRACTAMENT CRÒNIC: _____

AL.LÈRGIES:

ALTRES:

D'acord amb la Llei 15/1999, de 13 de desembre, sobre la Protecció de Dades de caràcter personal, informem que les seves dades recollides en la present instància, seran incorporades a un fitxer responsabilitat de l'Escuderia Costa Daurada. Si desitja exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, pot enviar un correu a escuderiacostadaurada@gmail.com. Tanmateix, autoritzo a l'Escuderia Costa Daurada a la cessió d'aquesta informació durant el dia de la prova al personal sanitari corresponent en cas de que necessiti assistència facultativa.

Nom i Cognoms: _____

Signatura: