



CUESTIONARIO COVID-19-PROTOCOLO SANITARIO DE LA FCF

1. Datos del/la futbolista

Nombre y Apellidos:		
Teléfono:	Domicilio:	
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Edad: años	Email:	

2. Datos del Padre, Madre o Tutor Legal ¹

Nombre y Apellidos:		
Teléfono:	Domicilio:	
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Edad: años	Email:	

3. A cumplimentar por el/la interesado/a

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	SI	NO
¿Ha estado en cercanía con alguien que ha tenido un diagnóstico confirmado por un análisis de laboratorio del COVID-19 en los últimos 14 días?		
¿Ha Presentado en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas? <ul style="list-style-type: none">▪ Fiebre (más de 37.3 C)▪ Tos▪ Falta de aire / dificultad para respirar▪ Dolor torácico▪ Dolores musculares▪ Falta de gusto▪ Falta de olfato▪ Dolores de cabeza▪ Dolor de garganta▪ Diarrea		

Declaro que todos los datos aportados en este cuestionario, y referentes a mis antecedentes médicos, son ciertos, asumiendo las responsabilidades derivadas de manifestar o declarar datos erróneos o falsos.

4. Protección de datos

Cumpliendo con la normativa de Protección de Datos de Carácter personal le informamos que, con su firma, usted (o su tutor legal, o representante legal) otorga el consentimiento para que sus datos personales formen parte de los tratamientos de la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españolas a Prima Fija (MUPRESFE, con C.I.F. V85599645), en la calle Viriato 2, 1ª, puerta 2 (2810), de Madrid. Datos que podrán ser utilizados a los solos efectos de la buena consecución de las coberturas de asistencia médica que ofrece la Mutualidad, y durante la temporada en vigor del boletín de afiliación, y en su caso durante los plazos legales exigibles a la Mutualidad. Se informa que sus datos podrán ser cedidos tanto a la Federación Autonómica o Territorial de fútbol (para dar cumplimiento, tanto a los convenios suscritos entre MUPRESFE y las compañías reaseguradoras, como al artículo 77 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro), así como ser comunicados a los centros médicos colaboradores con MUPRESFE (para dar cumplimiento a los convenios de asistencia médica suscritos entre MUPRESFE y los centros médicos). Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, de portabilidad de datos, y de limitación del tratamiento dirigiéndose por escrito a la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españolas a Prima Fija, (calle Viriato, 2,1ª, puerta 2 (28010), de Madrid), acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad y en el caso de ser el responsable de un menor de cualquier documento que acredite su representación, o bien por correo electrónico al buzón notificaciones_gdpr@mupresfe.com

En _____, a _____ de _____ de 2020

Firma

Firma del/la Padre/Madre/Tutor Legal

¹ Complimentar sólo en el caso de que el/la futbolista sea menor de edad.