



## ANEXO 4 - CIRCULAR 36

### Formulario de envío de resultados (Árbitros)

Partido alfa número \_\_\_\_\_

#### 1. Árbitro/a designado/a

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ nº Colegiado \_\_\_\_\_

| Resultado |          |
|-----------|----------|
| Positivo  | Negativo |
|           |          |

#### 2. Protección de datos

**Información sobre Protección de Datos:** Antes de firmar el presente documento, lea detenidamente la información sobre protección de datos que se presenta seguidamente (En cumplimiento del Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos)

Referente a la comunicación al servicio médico de la FIFLP, le facilitamos la siguiente información:

El responsable del tratamiento de los datos es la Federación Interinsular de Fútbol de Las Palmas. Los datos aportados serán tratados con la finalidad de cumplir los protocolos y medidas tomados a causa de la pandemia ocasionada por el COVID-19. La legitimación para el uso de los datos está basada en su consentimiento, el cumplimiento de una obligación legal y una misión realizada en interés público. Podrán comunicarse los datos a las Autoridades Sanitarias y Administraciones Públicas competentes. Los datos serán destruidos una vez finalizados los periodos legales de conservación.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose a Federación Interinsular de Fútbol de Las Palmas, en la siguiente dirección: C/ Ángel Guimerá, 107-Esquina Paseo de Madrid -35005 Las Palmas de Gran Canaria, teléfono +34 928 24 79 62, o correo electrónico a federación@fiflp.com, indicando "ejercicio derechos protección de datos". Los interesados tienen derecho a retirar el consentimiento prestado. Los interesados tienen derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos [www.agpd.es](http://www.agpd.es)). Dato de contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@fiflp.com.

#### 3. De los resultados de las pruebas

Yo, \_\_\_\_\_, provisto/a de DNI nº \_\_\_\_\_ en mi condición de médico/a con número de colegiado/a \_\_\_\_\_, **DECLARO QUE**, realizados los test rápidos de Antígenos SARS-CoV-2, en los plazos habilitados por la circular 36 de la FIFLP, al/la árbitro/a designado/a para el encuentro con alfa número \_\_\_\_\_, los resultados son los que obran en la casilla así identificada del presente formulario.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firmado

#### 4. Presentador/a

D.ª \_\_\_\_\_ Árbitro/a número \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firmado