

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA**Representante del Deportista:**Nombre: Apellidos: FFAA: CLUB: Email: Puesto: Dirección: Teléfono: **Datos del Deportista:**Nombre: Apellidos: FFAA: CLUB: Nº Licencia: Clase Deportiva actual: Estatus de Clase Deportiva actual: **Razones de la revisión:**

- Cambios en las condiciones clínicas del deportista (obligatorio presentar documentación médica de referencia).
- Cambios del sistema de clasificación.

Nombre y firma del representante

Fecha y hora de la solicitud

Fecha de recepción de la solicitud de Revisión Médica:

Solicitud de Revisión Médica recibida por:

Puesto:

Firma

REVISIÓN MÉDICA

 ACEPTADA DENEGADA

FECHA:

RAZONES DE DENEGACIÓN:

Nombre:

Puesto:

Hora y lugar:

Firma

A tener en cuenta:

- La solicitud de revisión médica debe enviarse FETRI al menos tres (3) meses antes del comienzo de la competición dónde se realice la Mesa de Clasificación
- Las solicitudes deben ser enviadas y firmadas por el Presidente o Entrenador Responsable de la Federación Autonómica o Club a los que se encuentre adscrito el deportista.
- La solicitud de revisión médica es posible para los deportistas con estatus C, R o FRD, si se considera que hay un cambio en la condición médica del deportista que afectaría a la clase asignada.
- Si se produce un cambio en el criterio de clasificación establecido por IPC / World Triathlon, el Responsable de Clasificación FETRI será el encargado de notificar a los deportistas su proceso de revisión médica.
- A los deportistas con estatus de clase deportiva R o FRD, el Responsable de Clasificación debe indicarles la fecha, horario y lugar de la revisión médica que les corresponde pasar dentro de su condición actual.

Información en Protección de Datos.- De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos de contacto utilizados para la presente comunicación serán incluidos en un fichero titularidad y responsabilidad de **FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE TRIATLÓN (FETRI)** con la finalidad de realizar el diagnóstico médico necesario para participar en la competición. Sin perjuicio de ello, se le informa de que usted podrá ejercer los derechos reconocidos en la normativa de referencia, enviando su solicitud a la siguiente dirección rgpd@triatlon.org, adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente. Le comunicamos que con la cumplimentación de este formulario sus datos podrán ser cedidos a otros responsables de clasificación, médicos o entidades con la finalidad de que puedan realizar el diagnóstico anteriormente referido. Con la firma de este documento usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos con estos fines.