



CERTIFICADO DE APTITUD

D.

Medico Colegiado con el número

CERTIFICA

Haber reconocido al piloto D.
y le declara APTO para participar en competiciones moticiclistas.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente certificado.

En, a de de

Firma del Médico

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: FEDERACION ARAGONESA DE MOTOCICLISMO, AV. JOSE ATARES 101 SEMISOTANO, CP 50018, ZARAGOZA (Zaragoza). Delegado de Protección de Datos: aeneriz@audidat.com
En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Nota: A cumplimentar para tramitar la licencia, excepto si se presenta un permiso de conducir.