**SOL∙LICITUD D’INSCRIPCIÓ AL CURS DE MONITOR/A ESPORTIU DE FÍSIC-CULTURISME**

**BLOC ESPECIFIC (CMFM.2024.04)**

## Federació Catalana de Físic-culturisme

Carrer Comte d’Urgell 170. Local 5. 08036 Barcelona

[www.fc-culturisme.cat](http://www.fc-culturisme.cat)

escola@fc-culturisme.cat

Tel.: 93 323 10 58

**Empleneu la sol·∙licitud d’inscripció amb majúscules, i lliureu-­‐la juntament amb la documentació especificada més a baix.**

**Cognoms:** Cognoms **Nom:** Nom **NIF:** NIF

**Data naixement:** Data de naixement **Lloc naixement:** Lloc naixement

**Domicili:** Domicili **CP:** CP

**Població:** Població **Província:** Provincia

**Telèfon fixe:** Teléfon fixe **Mòbil:** Mòbil **e-mail:** e-mail

**Titulació Acadèmica:** Titulació acadèmica 1Titulació acadèmica 2Titulació acadèmica 3

**Titulació Esportiva:** Titulació esportiva 1Titulació esportiva 2Titulació esportiva 3

Jo Nom de l’alumne/a. amb DNI/NIE DNI/NIE dono el meu consentiment perquè les dades del meu expedient puguin ser cedides a les entitats que col·laboren amb el **Consell Català de l'Esport** per a la realització dels diferents programes de la seva competència. I quedo assabentat/da que la confirmació de la inscripció resta condicionada a la comprovació de les dades que faig constar en aquest imprès, i em faig responsable de la seva autenticitat.

En:Localitat de la signatura a :Data de la signatura

(signatura de la persona interessada)

 **(A completar només si l’alumne és menor d’edat)**

Jo na/en nom pare/mare/tutor legal amb D.N.I/NIE:DNI/NIE autoritzo al meu fill/filla Nom de l’alumne/a a realitzar el curs amb identificador CMFM.2024.04

(signatura del pare/mare/tutor legal)

**DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A L’EXERCICI DE L'ACTIVITAT ESPORTIVA**

**EN L’ESCOLA D’ENTRENADORS DE LA FEDERACIÓ CATALANA DE FÍSIC CULTURISME**

El/la declarant manifesta, sota la seva responsabilitat, que les dades acompanyades en aquest document són certes i que en virtut de les mateixes es dona compliment als requisits establerts al DL 1/2000 Llei de l’Esport (art. 23.3) i DL 58/2010 (art. 154) referents al seu estat de salut i condició física.

Nom i cognoms: Nom i cognoms

DNI/NIE: DNI/NIE

Telèfon: Telèfon

Adreça: Adreça

Correu electrònic: e-mail

“Questionari de consens per a la prevenció de la mort sobtada cardíaca en els esportistes”, *publicat a la revista* APUNTS. Medicina de l’Esport núm. 177, *proposat per* l’American Heart Association *i aprovat pels professors de la medicina de l’esport:*

SI NO

* Patiu dolor o desconfort toràcic quan feu una activitat física i/o esportiva? [ ]  [ ]
* Heu patit una pèrdua brusca de consciència (síncope) de manera inexplicable? [ ]  [ ]
* Teniu dispnea (dificultat respiratòria) o fatiga desproporcionada en l’exercici? [ ]  [ ]
* Teniu o heu tingut un buf cardíac? [ ]  [ ]
* Teniu o heu tingut la pressió arterial elevada? [ ]  [ ]
* Hi ha antecedents de mort prematura (abans dels 50 anys) a la vostra família per causa cardíaca? [ ]  [ ]
* Teniu alguna malaltia de cor en un familiar de menys de 50 anys? [ ]  [ ]
* Patiu en la vostra família, d'alguna malaltia de cor coneguda (miocardiopatia hipertròfica o dilatada,
* síndrome de Marfan, arítmies)? [ ]  [ ]

La present declaració es refereix a l’activitat esportiva de Físic-culturisme enmarcada en el curs de Monitor/a de Físic-culturisme i Musculació.

El/la declarant manifesta que coneix, accepta i es compromet a complir les normes de l’activitat esportiva de referència i exonera a la federació de qualsevol responsabilitat quan a la seva condició física i de la que el declarant es fa expressament responsable.

El present document produeix efectes a partir del dia: data de la signatura

Signat: Nom de l’alumne/a

En compliment de la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal LOPD, li informem que les dades seran recollides i tractades de manera manual i/o automatitzada per la Federació Catalana de Físic Culturisme i incorporades al fitxer corresponent registrat a AEPD per al manteniment de la relació establerta. El titular de les dades o tutor legal en cas de menors autoritza la utilització d'imatges personals per a la seva difusió. Les dades només seran cedides conforme a la legislació esportiva vigent i no seran cedides sense el seu consentiment per a finalitats diferents. Tenen dret d'accès, cancel.lació i oposició a la adreça C/ Comte d’Urgell 170, local 5. 08036 Barcelona, acreditant la seva titularitat respecte a dret.

**AUTORITZACIÓ PER A SER INCLÒS EN EL GRUP DE WHATSAPP "CMFM.2024.01”**

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 i amb la Llei orgànica 3/2018 de Protecció de Dades, així com amb la normativa vigent, s'informa l'interessat, qui presta el seu consentiment, que la **Federació Catalana de Físic-culturisme**, en qualitat de Responsable del tractament, **NIF. G62796503**, domicili en Carrer **Comte d’Urgell 170**, **local 5, 08036, Barcelona**, correu electrònic **info@fc-culturisme.cat**, tractarà el número de telèfon, així com la imatge de la foto de perfil que el seu tractament pugui comportar, amb la finalitat d'elaborar un Grup de WhatsApp de la **3a Promoció del Curs de Monitor Esportiu de Físic-culturisme**, des de **16/09/2024 fins a 16/03/2025**, així com amb els formadors encarregats d'aquest.

La base de legitimació per al tractament de les seves dades és el seu consentiment exprés, marcant la casella corresponent, podent revocar el seu consentiment en qualsevol moment sense perjudici de la licitud dels tractaments realitzats fins a aquest moment. Les seves dades seran conservades fins que finalitzi el Grup de WhatsApp amb la finalitat anteriorment indicada o fins que revoqui el seu consentiment.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat així com la limitació del seu tractament dirigint un escrit al Responsable, a l'adreça a dalt indicada o bé en el correu electrònic: info@fc-culturisme.cat, acreditant la seva identitat.

Finalment, l'informem que podrà interposa una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades (www.apd.cat) si considera que els seus drets han estat vulnerats.

Nom: Nom I cognoms

DNI/NIE: DNI/NIE Telèfon: Teléfon

*Autoritzo el tractament del número de telèfon i, en el seu cas, de la imatge del perfil, per a ser inclosos en el Grup de WhatsApp “CMFM.2024.04” amb els altres alumnes del curs.*

*El present document produeix efectes a partir del dia:* data de la signatura

*Signat:*