



# Junta de Castilla y León

Consejería de Cultura y Turismo  
Dirección General de Deportes

## INCLUSIÓN EN LA COBERTURA DEL RIESGO DE ACCIDENTE DEPORTIVO DE DEPORTISTAS, TÉCNICOS Y DELEGADOS DEL PROGRAMA DE DEPORTE EN EDAD ESCOLAR DE CASTILLA Y LEÓN.

Juegos Escolares	Campeonatos Regionales de Edad
------------------	--------------------------------

### Datos del solicitante

Entidad Local		Federación			Delegación		
NIF	Nombre						
Tipo de vía	Nombre de la vía			Núm.	Escalera	Piso	Letra
Provincia		Localidad				C.P.	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Fax	Correo electrónico				

### Datos del representante

DNI	Primer apellido	Segundo apellido		Nombre			
Cargo que desempeña en la entidad solicitante							
Tipo de vía	Nombre de la vía			Núm.	Escalera	Piso	Letra
País	Provincia	Localidad				C.P.	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Fax	Correo electrónico				

### Lugar a efectos de notificaciones (Marque con una x lo que corresponda)

Domicilio solicitante	Domicilio representante
-----------------------	-------------------------

### Datos del Centro Escolar / Club

Nombre del Centro Escolar / Club							
Provincia	Localidad					C.P.	
Teléfono fijo 1	Teléfono fijo 2	Fax	Correo electrónico				

### Equipo participante

Nombre del equipo (letra identificativa, etc)				Deporte			
Categoría (marque con una X)	PREB.	BEN	ALE	INF	CAD	JUV	
Sexo	Masculino		Femenino		Mixto		

Código IAPA: n.º1320 Modelo: n.º814

**Relación de jugadores, delegado y entrenador**

N.º	DNI	Apellidos Nombre	Provincia CP	Localidad Domicilio	Sexo	F.Nacimiento Telefono	Organismo asegurador(1) Entidad responsable(2)	Cód. Tarjeta sanitaria(3)
1					M F			
2					M F			
3					M F			
4					M F			
5					M F			
6					M F			
7					M F			
8					M F			
9					M F			
10					M F			
11					M F			
D					M F			
E					M F			

(1) Especificar organismo con el que tiene reconocida la asistencia sanitaria (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS). (2) Indicar entidad responsable de la prestación de asistencia sanitaria (SACYL, ADESLAS, ASISA, DKV, ...etc.). (3) Indicar número de Tarjeta Sanitaria identificativa.

En ..... a ..... de ..... de .....  
 Cargo entidad solicitante ..... Centro escolar/Club .....

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos de carácter personal contenidos en el impreso serán incluidos en un fichero para su tratamiento por la Dirección General de Deportes, como titular responsable del mismo, con la finalidad de tramitar y gestionar las solicitudes de inclusión en el seguro médico deportivo de deportistas, técnicos y delegados del Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León en el ámbito de dicha Dirección General. Asimismo, se informa que se podrá ejercer los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación ante la Dirección General competente en materia de deportes en los modelos aprobados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

Fdo.: ..... Fdo.: .....

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa **012**

**DELEGACIÓN TERRITORIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN EN** ..... Servicio Territorial de Cultura

Centro/ Club: ..... Provincia: ..... Localidad: .....  
 Deporte: ..... Categoría: ..... Sexo: ..... Equipo: .....

**Relación de jugadores, delegado y entrenador**

N.º	DNI	Apellidos Nombre	Provincia CP	Localidad Domicilio	Sexo	F.Nacimiento Telefono	Organismo asegurador(1) Entidad responsable(2)	Cód. Tarjeta sanitaria(3)
12					M F			
13					M F			
14					M F			
15					M F			
16					M F			
17					M F			
18					M F			
19					M F			
20					M F			
21					M F			
22					M F			
23					M F			
24					M F			

(1) Especificar organismo con el que tiene reconocida la asistencia sanitaria (INSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS). (2) Indicar entidad responsable de la prestación de asistencia sanitaria (SACYL, ADESLAS, ASISA, DKV, ...etc.). (3) Indicar número de Tarjeta Sanitaria identificativa.

En ..... a ..... de ..... de .....  
 Cargo entidad solicitante ..... Centro escolar/Club .....

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos de carácter personal contenidos en el impreso serán incluidos en un fichero para su tratamiento por la Dirección General de Deportes, como titular responsable del mismo, con la finalidad de tramitar y gestionar las solicitudes de inclusión en el seguro médico deportivo de deportistas, técnicos y delegados del Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León en el ámbito de dicha Dirección General. Asimismo, se informa que se podrá ejercer los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación ante la Dirección General competente en materia de deportes en los modelos aprobados por Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

Fdo.: ..... Fdo.: .....

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa **012**

**DELEGACIÓN TERRITORIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN EN** ..... Servicio Territorial de Cultura