



SOLICITUD DE CLASIFICACIÓN DE TIRO CON ARCO Y FORMULARIO MÉDICO

Este formulario consta de tres partes.

- 1) La primera parte es un formulario de solicitud que debe ser completado y firmado por el representante de la FF.AA
- 2) La segunda parte es el formulario de consentimiento que debe ser firmado por el deportista para permitir que los Clasificadores recopilen sus datos personales.
- 3) La tercera parte es el formulario médico que proporciona evidencia de la condición de salud relativa y debe ser completado por un médico familiarizado con la condición médica, enfermedad o lesión del solicitante y que debe firmar el documento completo y proporcionar el médico colegiado.

Todas las partes deben completarse electrónicamente en castellano y enviarse por la Federación Autónoma correspondiente en nombre del deportista. El lugar de clasificación solicitado debe identificarse. La RFETA (para_archery@federarco.es) debe recibir la solicitud a más tardar 30 días antes de las fechas de clasificación.

Como este formulario representa el primer paso en el proceso de clasificación, la información proporcionada debe ser honesta, precisa y veraz. Completar con éxito este formulario no indica que se realizará una clasificación. Más bien, proporciona una base concisa de discusión entre el solicitante y el equipo de clasificación con respecto al potencial del solicitante para ser clasificado exitosamente como un competidor de tiro con arco. Si el formulario no se ha completado en las tres partes, será devuelto a la Federación Autónoma.

La información proporcionada en este formulario es esencial para verificar que la afección médica, enfermedad o lesión que ha sufrido el solicitante tiene un claro impacto en su capacidad para realizar en el deporte del tiro con arco.

Se requiere una foto de retrato digital (tipo de pasaporte, JPG) junto con este formulario como un archivo adjunto separado.

Clasificación solicitada (debe especificarse) _____

Detalles del deportista: El deportista debe portar la evidencia de su condición médica en castellano y su DNI.	
El deportista deberá traer todo el equipamiento especial o dispositivos de ayuda a la cita de la Clasificación.	
Nombre _____	
Apellidos _____	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) _____	
Comunidad Autónoma _____	
Tipo de solicitud (marcar solo la que se solicite) nueva clasificación <input type="checkbox"/> revisión con fecha fija <input type="checkbox"/>	
reclasificación <input type="checkbox"/>	

Fecha _____ Lugar _____

Firma y sello de la FF.AA _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

El deportista acepta cooperar plenamente con la clasificación:

- Respondiendo completamente todas las preguntas con sinceridad.
- Intentar todas las pruebas físicas lo mejor que pueda.

Nota: Los deportistas que no cooperan completamente como se indicó anteriormente pueden ser descalificados de la competición y podría conllevar a apertura de expediente disciplinario.

Al aceptar ser clasificado, el deportista debe entender que algunas de las pruebas desafortunadamente pueden causar dolor. Lo sentimos, pero es inevitable.

CLAUSULA DE CONSENTIMIENTO: DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA, DATOS DE SALUD Y CESIÓN AL CPE

DECLARO:

No tengo problemas de salud que me impidan realizar las pruebas que me piden. Estoy de acuerdo en que si sufro una lesión durante el procedimiento de clasificación, considero que la RFETA no tiene culpa.

Mi participación en el procedimiento de clasificación es voluntaria y tengo derecho a retirarme en cualquier momento. Si me retiro, entiendo que la clasificación no puede llevarse a cabo y que no podré competir en competiciones de arco adaptado.

Para ayudar a la RFETA a desarrollar el sistema de clasificación, también doy mi consentimiento para permitir que los datos recopilados durante mi clasificación se utilicen con fines educativos y de investigación. Esto incluye todas las fotografías o videos tomados durante la evaluación de campo como parte del proceso de clasificación y / o entrenamiento y competición. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Fecha _____ Lugar _____

Firma del deportista _____



DATOS DE SALUD Y CESIÓN AL CPE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y normativa española vigente, y respecto a los datos que le identifican como deportista de Arco Adaptado se le solicita consentimiento para el tratamiento de datos de salud con la finalidad gestionar adecuadamente su desarrollo deportivo, según lo dispuesto en el artículo 9.2 RGPD.

Si consiento

Se le informa que los mismos serán cedidos en los casos que exista una obligación legal, según lo establecido en el artículo 6.1.c RGPD. En este acto, se le solicita el consentimiento para la cesión de sus datos al Comité Paralímpico Español, con la finalidad de incluirme en el registro de deportistas paralímpicos:

Si consiento

En caso de menores de 14 años, el firmante, en este acto, declara tener capacidad suficiente para consentir este tratamiento de datos, tal y como dispone el Art. 7.2 LOPDGDD.

Sus datos serán incorporados al Sistema de Protección de Datos de la **Real Federación Española de Tiro con Arco**, con NIF **Q2878039C**, y domicilio en **Calle Altamirano 30, 1º - Dcha. 28008 – Madrid**. Serán conservados durante el tiempo que dure el tratamiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos llevados a cabo.

Se le informa de que puede ejercitar sus derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podrá ejercitar estos derechos, o revocar el consentimiento, por escrito en la dirección postal indicada o en rfeta@federarco.es, junto a copia de su DNI. También puede ejercitar los mismos ante la entidad responsable.



La RFETA tiene nombrado a su **Delegado de Protección de Datos tal** y como establece el RGPD, y puede ser consultado en el siguiente enlace: <https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/vistas/infoSede/consultaDPD.jsf>

Asimismo, los deportistas quedan informados de su derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos. Con carácter previo a la posible reclamación ante la AEPD, pueden dirigirse a nuestro DPD y le daremos satisfacción a su reclamación.

Fdo: _____ DNI: _____
(nombre y apellidos)

Lugar y fecha: _____



FORMULARIO MÉDICO DE CLASIFICACIÓN EN ARCO ADAPTADO

Información del Solicitante

Este formulario necesariamente debe ser cumplimentado de forma electrónica (no se aceptarán formularios cumplimentados a mano)

Nombre y Apellidos (tal y cómo figura en el DNI)	
Fecha y Lugar de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Comunidad Autónoma del deportista	
<i>Esta parte debe ser cumplimentada sólo si se solicita reclasificación</i> Razón de la solicitud de reclasificación (explique los cambios de su situación de elegibilidad en relación con la situación previa de clasificación)	
Diagnóstico principal (mayor condición médica, enfermedad o lesión que influye en la práctica del tiro con arco)	
Fecha de diagnóstico	
Limitaciones funcionales o discapacidades asociadas al diagnóstico principal	



Resumen de pruebas específicas que confirman el diagnóstico (pueden incluirse, radiografías, resonancia magnética, electromiografía...)	
Diagnóstico secundario (Condición médica, enfermedad o lesión secundaria que combinada con la principal influye en la práctica del tiro con arco)	
Fecha de diagnóstico	
Limitaciones funcionales o discapacidades asociadas al diagnóstico secundario	
Resumen de pruebas específicas que confirman el diagnóstico (pueden incluirse, radiografías, resonancia magnética, electromiografía...)	
Cualquier otra condición médica, enfermedad, lesión o circunstancia que puede influir en la práctica del tiro con arco	



Información del facultativo:

Nombre y Apellidos	
Organismo Sanitario o Colegio Nacional de médicos	
Especialidad	
Número de colegiado	

Fdo: _____ DNI: _____
(nombre y apellidos)

Lugar y fecha: _____