Aresa

EUSKADIKO RUGBY FEDERAKUNTZA
FEDERACIÓN VASCA DE RUGBY

Nº Expediente:

Delegación Territotial:	Ara.	Biz.	Gip.

Modalidad:	Acc.	A. S.

PARTE DE LESIONES DEL JUGADOR

NOMBRE	1º APELLIDO	2º APELLIDO

D.N.I.:	Teléfono:	Categoría:

F.Nacimiento:	Domicilio:	
	LOCALIDAD:	CALLE:

Estado:		NºHijos:		Profesión:	
Club:				Tfno Club:	
Fecha Lesión:				Producida en:	
Rival / Campo:					

OBSERVACIONES

CIRCUNSTACIAS Y DETALLE DE LA LESION:

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN:

POSIBLE TRATAMIENTO:

POSIBLES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

OTROS DATOS DE INTERÉS:

Nombre y firma del Responsable del Club:			
		(FIRMA)	
Fecha Parte:		Fechado en:	

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del afiliado que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen al registro informatizado titularidad de ARESA Seguros Generales, S. A., e informarle que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

GRUPO MUTUAMADRILEÑA