**CERTIFICACIÓN: AEBCAM**

**Datos Personales entrenador:**

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Teléfono: Correo Electrónico:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AUTORIZACION:**

Autorizo a: Firma representante AEBCAM:

Con DNI: Válido hasta:

Para recibir la información de …………………….. referente a sus datos en la federación madrileña de baloncesto relativos al histórico de equipos en los que ha entrenado hasta la fecha actual

Día Mes Año

------ / ------- / ------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

De conformidad con lo previsto 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 relativos, que figuran incorporados en el presente documento , se incorporarán a un fichero a un fichero de titularidad de AEBCAM Basketball Coaches Association , con la finalización del servicio solicitado

**Datos Legales:**

Aebcam Basketball coaches Association – Cif: G88038046 – Dirección sede: C/Guadarrama s/n, (Polideportivo Municipal de Galapagar ) - 28260 – Galapagar – [www.aebcam.es](http://www.aebcam.es)