



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL CURSO DE HABILITACIÓN DE AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE

A RELLENAR ELECTRÓNICAMENTE

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ APELLIDOS: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

SEXO: _____

1. DATOS DE CONTACTO

CALLE/AVENIDA: _____ nº: _____ piso/letra: _____

CODIGO POSTAL: _____ POBLACION: _____

PROVINCIA: _____ COMUNIDAD: _____

EMAIL: _____ TFNO: _____

2. DATOS PROFESIONALES

TITULACIÓN ACADÉMICA: _____

EXTRAE SANGRE: SI / No (marque opción)

IDIOMAS:	NIVEL ORAL	NIVEL ESCRITO
INGLES	_____	_____
FRANCES	_____	_____
ALEMAN	_____	_____
LENGUA COOFICIAL	_____	_____



2. AUTORIZACION DE CESION DE DATOS

D. /D^a _____ con D.N.I / Pasaporte / N.I.E _____, habiendo comunicado mis datos personales a la Comisión Española para la lucha antidopaje en el deporte (CELAD)

CONSIENTO EXPRESAMENTE:

- 1) Que la CELAD ceda mis datos personales a otras Organizaciones Antidopaje que puedan estar interesadas en mis servicios, para su incorporación a bases de datos y con el fin de prestar a las mismas mis servicios como Agente de Control de Dopaje, todo ello de conformidad al Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos, así como a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- 2) Que mis comunicaciones con la administración entre ambas partes se realicen de manera electrónica en lugar de por vía postal.
- 3) Que con motivo del proceso selectivo para habilitación de agentes, mi nombre y apellidos sean publicados en las listas provisionales y definitivas de admitidos y excluidos, por motivos de transparencia.

3. AUTORIZACION DE CONSULTA DE CERTIFICADO DE DELITOS SEXUALES

D. /D^a _____ con D.N.I / Pasaporte / N.I.E _____, habiendo comunicado mis datos personales a la Comisión Española para la lucha antidopaje en el deporte (CELAD) **AUTORIZO** que CELAD solicite y recoja en mi nombre del Registro Central de Delincuentes Sexuales y Trata de Seres Humanos, la información relativa a la carencia de antecedentes por delitos de naturaleza sexual



4. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

D. /D^a _____ , con DNI / Pasaporte / N.I.E: _____ , declaro que toda la información que incluyo a continuación es verdadera y que mantendré actualizada la misma ante cualquier cambio. (Señale en cada caso la entidad y actividad que corresponda o escriba "NINGUNA").

1. FEDERACIONES DEPORTIVAS:

FEDERACION	NIVEL	TIPO DE ACTIVIDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. CLUBS Y/O SOCIEDADES DEPORTIVAS

EQUIPO/CLUB	DEPORTE	ACTIVIDAD PROFESIONAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. CENTROS DE ALTO RENDIMIENTO (PUBLICO O PRIVADOS)

CENTRO	ACTIVIDAD PROFESIONAL
_____	_____
_____	_____

4. DEPORTISTAS FEDERADOS

NOMBRE/APELLIDOS DEPORTISTA	DEPORTE	RELACION
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- La información contenida en este documento es susceptible de comprobación por CELAD y de ser falsa o imprecisa puede dar lugar a la pérdida de la habilitación concedida o exclusión del curso.

En _____ a _____ de _____ de 202

FIRMA