

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE CLASIFICACIÓN

DEPORTISTA RECLAMADO:			
NOMBRE		Nº LICENCIA	
APELLIDOS		GÉNERO	
FFAA		CLUB	
CLASE DEPORTIVA ACTUAL		ESTATUS DE CLASIFICACIÓN ACTUAL	

RECLAMACIÓN INTERPUESTA POR:			
ORGANIZACIÓN	<input type="checkbox"/> FFAA <input type="checkbox"/> CLUB <input type="checkbox"/> FETRI	PUESTO	
NOMBRE			
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN			
FIANZA DE RECLAMACIÓN ABONADA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
FIRMA			

RAZONES DE LA RECLAMACIÓN:

Relacionar los artículos relevantes del Reglamento de Clasificación FETRI

--

FIANZA DE RECLAMACIÓN (20€) RECIBIDA POR <i>(solo si la reclamación es aceptada):</i>			
ORGANIZACIÓN		PUESTO	
NOMBRE			
FIRMA			

RECLAMACIÓN ACEPTADA/DENEGADA:	
<input type="checkbox"/> RECLAMACIÓN ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECLAMACIÓN DENEGADA	
SI SE DENIEGA, ESPECIFICAR RAZONES	
SI SE ACEPTA, HORA Y LUGAR DE LA NUEVA EVALUACIÓN DEL DEPORTISTA	
CLASIFICADOR/A JEFE/A	
FIRMA	

RESULTADO DE LA RECLAMACIÓN:			
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE CLASE DEPORTIVA <input type="checkbox"/> SIN CAMBIO DE CLASE DEPORTIVA			
CLASE DEPORTIVA DESPUÉS DE LA RECLAMACIÓN		ESTATUS DESPUÉS DE LA RECLAMACIÓN	
CLASIFICADOR JEFE FIRMA			
ORGANISMO REPRESENTANTE FIRMA			

REEMBOLSO DE FIANZA DE RECLAMACIÓN (<i>solo si se ha producido un cambio de clase deportiva tras la reclamación</i>):	
Por la presente confirmo que he recibido la fianza de reclamación en nombre de mi organización:	
NOMBRE	
FECHA Y HORA	
FIRMA	

Información en Protección de Datos.- De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos de contacto utilizados para la presente comunicación serán incluidos en un fichero titularidad y responsabilidad de **FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE TRIATLÓN (FETRI)** con la finalidad de realizar el diagnóstico médico necesario para participar en la competición. Sin perjuicio de ello, se le informa de que usted podrá ejercer los derechos reconocidos en la normativa de referencia, enviando su solicitud a la siguiente dirección rgpd@triatlon.org, adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente. Le comunicamos que con la cumplimentación de este formulario sus datos podrán ser cedidos a otros responsables de clasificación, médicos o entidades con la finalidad de que puedan realizar el diagnóstico anteriormente referido. Con la firma de este documento usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos con estos fines.