



CERTIFICADO MÉDICO PARA ESPECTACULOS TAURINOS TRADICIONALES

Datos del o la solicitante

Don/Doña _____, jefe del Equipo Médico-Quirúrgico que va a intervenir en _____ que se celebrarán en la localidad de _____, durante los días _____.

Asunto

CERTIFICA: Que las instalaciones y medios sanitarios reúnen la totalidad de requisitos regulados en el artículo único y Anexo I del Real Decreto 1649/1997, de 31 de octubre, por el que se regulan las instalaciones sanitarias y los servicios médico-quirúrgicos en los espectáculos taurinos.

Y para que conste, y a los efectos oportunos, se expide la presente certificación.

En _____ a de _____ de _____

El jefe del Equipo Médico-Quirúrgico,

Dr./Dra.:

Nº. de colegiado/a:

INT-02-048

SERVICIO DE JUEGO Y ESPECTÁCULOS

C/ Peña Herbosa, 29, 1ª planta – 39003 SANTANDER
Teléfono: 942 207 239 - 942 207 237 – www.cantabria.es

De conformidad con lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos personales aportados en este formulario serán objeto de un tratamiento automatizado e incorporados a un fichero para su tratamiento autorizado. De acuerdo con lo prevenido en la Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, el interesado puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley ante el órgano correspondiente.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.