

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA EMISIÓN DE CERTIFICADO DE APTITUD DEPORTIVA A LOS DEPORTISTAS QUE SOLICITAN Ó RENUEVAN LICENCIAS POR LA FTCV

En Manises, a ___ de ____ de _____

D. Valeriano Moreno García, con D.N.I. número 22659998-F, Presidente de la Federación de Triatlón de la C. Valenciana¹ con CIF G-96208814 y domicilio social en C/ Aviación 15. 46940 Manises (Valencia) en su nombre y representación y de acuerdo a las atribuciones que tiene conferidas.

y

D./Dña. _____ provisto de DNI número _____ actuando en nombre y representación de _____ en calidad de _____, domiciliada en _____.

EXPONEN

I. Que la Federación es una asociación privada sin ánimo de lucro con personalidad jurídica y capacidad de obrar, cuyo fin prioritario es la promoción, tutela, organización y control de las modalidades y especialidades deportivas que tenga adscritas, dentro del territorio de la Comunidad Valenciana.

II. Que la Clínica² _____³ tiene la voluntad de colaborar con la Federación para la realización de revisiones médicas correspondientes a la temporada en curso cuya duración es desde el 1 de enero al 31 de diciembre.

Que las dos partes, reconociéndose mutuamente la capacidad de obligarse, acuerdan formalizar el presente convenio de colaboración y que se ajustarán a lo siguiente:

CLÁUSULAS

¹ En adelante se le denominará en este acuerdo como "La Federación".

² Centro Médico, etc.

³ Nombre de la entidad colaboradora.

1. En virtud del Convenio, la Clínica _____ se compromete a la realización de revisiones médicas a través del protocolo médico establecido para los deportistas federados por la FTCV⁴, comprometiéndose igualmente a difundir la colaboración entre sus asociados mediante comunicaciones correspondiente en RRSS, boletines (con la periodicidad que se establezca) y web.

2. La Clínica asume las siguientes **obligaciones**:
 - Realización de revisiones médicas en sus locales situados en la dirección:⁵ _____ . Este servicio incluye:
 - Citación, realización de la revisión médica, emisión de Certificado en el formato propuesto por la FTCV, así como validación en la web federativa a la que se tendrá acceso a través de clave personalizada según el procedimiento descrito en el Anexo.
 - Factura por el total de revisiones mensuales y/o trimestrales a nombre de la Federación que será remitida al correo administracion@triatlocv.org admitiéndose facturas por éstos conceptos hasta el 31 de enero del siguiente año (en el caso de las realizadas en el último trimestre)
 - En los casos en los que se detecten no aptos deberán añadir una "declaración expresa" de comunicación de dicha situación al deportista, así como recomendación en cuanto al protocolo a seguir por parte de la Federación".

3. La FTCV asume las siguientes **obligaciones**:
 - Diseño, elaboración y seguimiento técnico de la plataforma digital que permita la agilidad en el procedimiento de validación por parte de la Clínica; así como información al federado para la cumplimentación previa de cuestionarios u otra documentación necesaria para entregar a la Clínica con carácter previo (Cuestionario de Antecedentes Personales)
 - Comunicación a los asociados de la FTCV del acuerdo de colaboración y difusión del mismo; pudiendo realizarse a través de su página web, newsletter y redes sociales.
 - Inclusión del logotipo y/o datos de la clínica en el apartado informativo acerca de las revisiones médicas en la página web www.triatlocv.org de los federados en la FTCV para la temporada en curso.
 - Pago de las facturas correspondientes a las revisiones médicas realizadas en el centro médico con una periodicidad mensual y/o trimestral, de acuerdo al volumen; a razón

⁴ Federación de Triatlón de la C. Valenciana

⁵ Añadir al final si existen otros Centros o Delegaciones

de _____ €⁶ (impuestos incluidos) por cada revisión médica realizada plasmada en el Certificado propuesto por la FTCV y según obligaciones asumidas por la Clínica.

VIGENCIA

El presente convenio de colaboración es aplicable desde su firma y para la emisión de licencias federativas de la temporada en curso. Será vigente siempre que no exista voluntad de rescindirlo por cualquiera de las partes; que deberá comunicarse por escrito con un mes de antelación.

NOTIFICACIONES

Las notificaciones entre las partes deberán realizarse en los domicilios indicados en el encabezamiento del presente acuerdo y a la atención de:

Por parte de la FTCV

Para cuestiones técnicas	Para temas administrativos
NOMBRE: Vanessa Huesa Moreno, responsable del programa de Revisiones Médicas Federativas E-Mail: dtecnica@triatlocv.org Tel: 963462649 - 645968335 Dirección: C/ Aviación 15. 46940 Manises (Valencia)	NOMBRE: Mar García Moreno, responsable de contabilidad y licencias E-Mail: mar.garcia@triatlocv.org Tel: 963462649 Dirección: C/ Aviación 15. 46940 Manises (Valencia)

Por parte de la Clínica _____:

NOMBRE:

Cargo:

E-Mail:

Dirección:

Teléfono:

Las notificaciones deberán realizarse por escrito por cualquier medio que permita tener constancia de su envío y recepción.

⁶ El precio de actualizará y/o comunicará con antelación al inicio de la campaña de revisiones

ESTIPULACIONES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS Y DEBER DE SECRETO

Con objeto de cumplimiento del Reglamento General de Protección de datos ambas partes reconocen:

- 1.- Que se encuentran vinculadas por una relación contractual para la prestación del servicio de gestión y administración de Revisiones Médicas (en adelante SERVICIO).
- 2.- Que para la prestación de dicho servicio es necesario que el ENCARGADO DEL TRATAMIENTO tenga acceso y realice tratamientos de datos de carácter personal de los ficheros o archivos y registros responsabilidad del RESPONSABLE DEL FICHERO, por lo que asume las funciones y obligaciones que el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, 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 estos datos, estipula para los Encargados de Tratamiento.
- 3.- Que ambas partes reconocen cumplir con todas las obligaciones derivadas de la normativa comunitaria y nacional en materia de protección de datos, en especial las relativas al derecho de información, consentimiento y deber de secreto, y a la adopción de las medidas de seguridad técnicas y organizativas que garanticen la seguridad de los datos personales.
- 4.- Que, en cumplimiento del artículo 28 del RGPD, ambas partes de forma libre y espontánea voluntad acuerdan regular este acceso y tratamiento de datos de carácter personal de conformidad con lo dispuesto en el "Contrato de acceso a Datos" firmado entre la FTCV y la Clínica _____.

Las partes podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, dirigiendo una notificación al efecto, a la dirección de la otra parte que figura en el encabezado del presente documento.

Y en prueba de conformidad, firman el presente convenio por duplicado ejemplar y a un solo efecto en la fecha y lugar indicados.

Firma:

Por la Clínica _____

Representante:

Por la Federación de Triatlón de la C.
Valenciana

D. Valeriano Moreno García (Presidente)

ANEXO I:

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES (ver en www.triatlocv.org)

ANEXO II:

DETALLE DE SUCURSALES O DELEGACIONES DE LA CLÍNICA:

1. .
2. .
3. .
4. .
5. .
6. .

ANEXO II: PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN

PROCESO DE VALIDACIÓN DE REVISIONES MÉDICAS

FEDERACIÓ DE TRIATLÓ DE LA COMUNITAT VALENCIANA

1. Acceder a la plataforma de validación mediante el usuario y contraseña proporcionado por la federación:

<https://www.triatlocv.org/gestion/licencias/clinica.php>



CLÍNICA

Usuario:

Password:

2. Introducir el dni/nº licencia de la persona a la que vamos a introducir su revisión:



Cesemed REVISIÓN MÉDICA

N.Licencia: Letra:

(Dni): solo se admite 8 números.

3. Si **NO** ha comprado la revisión médica aparecerá este mensaje:

Cesemed REVISIÓN MÉDICA

N.Licencia: Letra:

(Dni): solo se admite 8 números.

No se encuentra el registro de la revisión médica

4. Si la revisión **ya la tiene pasada** aparecerá este mensaje:

The screenshot shows a web form titled "Cesemed REVISIÓN MÉDICA". The form fields are: "N.Licencia:" with a yellow input field and "Letra:" with a dropdown menu showing "M"; a note "(Dni): solo se admite 8 números."; "Nombre:" with the text "RAFAEL"; "Apellidos:" with the text "REDONDO MARTINEZ"; "Apto:" with a dropdown menu showing "Si"; "Fecha Revisión:" with three dropdown menus for "Día" (4), "Mes" (2), and "Año" (2016). A red-bordered box contains the message "Ya ha sido revisado por otra clinica." Below this box is a blue button labeled "Atras".

5. Si a comprado la revisión y está pendiente de validar podremos subir el documento, poner la fecha, el resultado de la revisión y guardar los datos:

The screenshot shows a web form titled "Instituto Salud y Deporte REVISIÓN MÉDICA". The form fields are: "N.Licencia:" with an empty input field and "Letra:" with a dropdown menu showing "V"; a note "(Dni): solo se admite 8 números."; "Nombre:" with the text "JAVIER"; "Apellidos:" with the text "LOPEZ ALONSO"; "Subir Certificado:" with a button "Seleccionar archivo" and the text "Ningún archivo seleccionado"; "Adjuntar en PDF ó JPG"; "Apto:" with a dropdown menu showing "Si"; "Fecha Revisión:" with three dropdown menus for "Día" (29), "Mes" (11), and "Año" (2017). At the bottom are three blue buttons: "Atras", "Guardar", and "Justificante". A red arrow points to the "Justificante" button.

En caso de que no traigan el justificante de pago lo podéis descargar desde aquí.