

HOJA DE INSCRIPCIÓN				
Nº ORDEN (a rellenar por la entidad)		FECHA		
NOMBRE Y APELLIDOS				
DOMICILIO				
POBLACIÓN		PROVINCIA		C.P.
DNI / NIE		TELÉFONO		
TIPO DE DISCAPACIDAD			%	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				

SITUACIÓN EDUCATIVA-OCUPACIONAL ACTUAL				
CENTRO				
ENTIDAD				
CENTRO DE DÍA		CENTRO OCUPACIONAL		RESIDENCIA
				OTROS
LOCALIDAD				
ACTIVIDADES QUE REALIZA EN EL CENTRO				
PAGA ALGUNA CUOTA				
RECIBE ALGUNA AYUDA O PENSIÓN				

OBSERVACIONES DE INTERÉS

PERSONA DE CONTACTO - TUTOR/A LEGAL				
NOMBRE Y APELLIDOS				
DOMICILIO				
POBLACIÓN		PROVINCIA		C.P.
DNI / NIE		TELÉFONO		
E-MAIL				

SOLICITA ser dado de alta como PERSONA ASOCIADA	
DE PLENO DERECHO	COLABORADOR

*seleccionar una de las dos opciones

Para lo cual colaboraré con una aportación anual de 120 Euros, que me será cargada en dos semestres de 60 € cada uno, en la cuenta bancaria cuya domiciliación adjunto.

DATOS BANCARIOS				
NOMBRE Y APELLIDOS				
DNI / NIE				
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA/LIBRETA
ENTIDAD				
DOMICILIO SUCURSAL				
CIUDAD				
TITULAR				

En Valencia a ____ de _____ de 20__

Firma: _____

DNI: _____

La información y los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga su relación con nuestra Federación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Tratamos sus datos en base a la existencia de un contrato, precontrato o relación comercial entre ambas partes. Cumplimos con la **normativa de Protección de Datos**, habiendo adoptado las medidas de seguridad técnicas y organizativas oportunas para garantizar la privacidad de sus datos y creando procedimientos para atender sus derechos. Más información en: **nuestras oficinas o solicitarla por email.**

Entidad inscrita con el número F-12, en la Sección 2ª del Registro de Asociaciones de la C.V.