

| 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.