



SOLICITUDE DE ADMISIÓN COMO SOCIO/A COLABORADOR/A	
DATOS DO/A SOLICITANTE	
Nome e apelidos	
<input type="text"/>	
DNI	Data de nacemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DE CONTACTO:	
Domicilio	
<input type="text"/>	
Poboación	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Teléfono de contacto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	
<input type="text"/>	
DATOS BANCARIOS E DE DOMICILIACIÓN DE RECIBOS:	
Banco:	
<input type="text"/>	

*Para darse de baixa como socio/a da Asociación Trascos será necesario avisar con 15 días de antelación a través do seguinte correo electrónico: asociaciontrascos@gmail.com

Consentimiento expreso de adultos/as con diagnóstico de TEA ou dos pais/nais/titores/as legais dos/as menores

En cumprimento da Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), o/a abaixo firmante, D./Dna. _____ autoriza á Asociación *TRASCOS* ó tratamento dos datos de carácter persoal dos meu/s fillos/as, como responsable do ficheiro ó que van ser incorporados, denominado "*Ficha socios/as TRASCOS*".

Os datos de carácter persoal que se lle solicitan, quedarán incorporados nun ficheiro coa finalidade de coñecer os datos familiares de cada persoa, en relación coa patoloxía que presenta, ter un seguimento das cotas aboadas e poderlle ofrecer os distintos programas de apoio diagnósticos e/ou formativos que *TRASCOS* planifique e desenvolva, cunha participación voluntaria por parte dos afectados/as.

É desexable que todos os campos sexan cumprimentados para que a información sexa completa e poida optimizarse o seu beneficio.

Sinatura: En Ourense a ____ de _____ do 202