



## SOLICITUD INSCRIPCIÓN DE SOCIO/A MENOR

Nº DE SOCIO/A	
Fecha de Alta	
Fecha de Baja	
Afectado/a por la enfermedad	
Lleva bolsa de ostomía	

## AUTORIZACION Y SOLICITUD INSCRIPCIÓN DE SOCIO/A MENOR DE EDAD

Nombre y apellidos (madre, padre o tutor) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ con DNI. \_\_\_\_\_ Autorizo al menor (nombre/apellidos)

DNI \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio familiar \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Teléfono madre, padre o tutor \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_

## MANIFIESTO

Que deseo dar alta como socio/a de la Asociación Socio Sanitaria Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Ostomizados, con C.I.F. G 94086238, con los derechos y deberes propios en el desenvolvimiento de las actividades programadas y dirigidas por dicha entidad sen ánimo de lucro y me comprometo a cumplir lo establecido en los estatutos de la asociación. Mi interés fundamental está basado en el convencimiento de que de esta forma contribuiré a la consecución de un fin social.

Por todo esto, el menor está exento de pagar la cuota anual hasta los 21 años, al no ser que este en paro o en una situación económica desfavorable.

Para que así conste, firmo el presente documento voluntariamente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Marca con una (x) como quieres recibir la información	
Teléfono	<input type="checkbox"/>
Wasap	<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>
Correo Postal	<input type="checkbox"/>

Firmar madre, padre o tutor

En el caso de que el socio tenga un hermano ya en ASSEII, por favor, indicar los siguientes datos:

Nombre y apellidos del hermano: \_\_\_\_\_  
 Número de socio: \_\_\_\_\_

*Con esta autorización, los padres/madres/tutores/as del menores de 18 anos aceptan que existe la posibilidad de que se realice algún tipo de cobertura audiovisual de las actividades, y por lo tanto, que las imágenes de su hij@ o tutorad@, aparezcan en fotos y/o en vídeos de distribución pública de la entidad. No caso de NEGARSE marque o siguiente recuadro*

Los datos facilitados a través de este formulario serán incorporados al registro de socios/as de la asociación y se utilizaran exclusivamente para uso interno.

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales que nos facilite serán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de ASOCIACION SOCIOSANITARIA ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES Y OSTOMIZADOS, serán tratados con la finalidad de mantener la relación asociativa que nos une. Si lo desea, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a ASOCIACION SOCIOSANITARIA ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES Y OSTOMIZADOS, con domicilio en C/ SOR LUCIA, 2 5º PLANTA OFICINA 56 36002 PONTEVEDRA. Le rogamos que en supuesto de producirse alguna modificación de sus datos personales, nos lo comunique con el fin de mantener actualizados los mismos.