

SOLICITUD DE PLAZA EN CENTRO DE DÍA Y RESIDENCIAL

DATOS DEL / LA SOLICITANTE:

- **APELLIDOS Y NOMBRE:**
- **D.N.I.:** **Nº SEG. SOCIAL:**
- **DOMICILIO:**
- **LOCALIDAD:**..... **C.P:**
- **TELEFONO:**
- **DISCAPACIDAD:**
- **GRADO RECONOCIDO:** ➤**FECHA:**
- **SITUACION JURIDICA:**
- **FECHA NACIMIENTO Y LUGAR:**

DATOS DEL PADRE

- **APELLIDOS Y NOMBRE:**
- **PROFESION:**
- **N.I.F.:**

DATOS DE LA MADRE

- **APELLIDOS Y NOMBRE:**
- **PROFESION:**
- **N.I.F.:**

DATOS DEL TUTOR LEGAL

- **APELLIDOS Y NOMBRE:**
- **PROFESION:**
- **N.I.F.:**
- **PARENTESCO:**

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que Vd. nos facilite a través de este formulario/cupón, serán incorporados a un fichero del que es responsable **ASOCIACION PROVINCIAL DE PADRES CON NIÑOS Y ADULTOS MINUSVALIDOS (A.P.A.N.A.S.)** con la finalidad de gestionar las relaciones con los Socios, así como para proceder al cobro de las cuotas acordadas.

Asimismo, el titular consiente expresamente a que sus datos sean utilizados para:

Recibir información preferente sobre otras acciones, actividades, campañas y eventos que pueda realizar/organizar la Asociación.

Le informamos que sus datos serán cedidos a aquellos Organismos y Administraciones Públicas exigidos por ley.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a **ASOCIACION PROVINCIAL DE PADRES CON NIÑOS Y ADULTOS MINUSVALIDOS (A.P.A.N.A.S.)** cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999. El responsable del tratamiento es **ASOCIACION PROVINCIAL DE PADRES CON NIÑOS Y ADULTOS MINUSVALIDOS (A.P.A.N.A.S.)**, con domicilio en calle Osla, nº 20, 45003 Toledo

Solicito, previo los trámites oportunos, SER ADMITIDO en , con la plena aceptación de todas las condiciones que exige el recto funcionamiento de la misma.

En..... a de de 200...

Fdo:
D.N.I.:
(familiar)

Fdo:
D.N.I.:
(persona con discapacidad)

SR. PRESIDENTE DE LA ASOCIACION PROVINCIAL DE PADRES CON NIÑOS Y ADULTOS MINUSVALIDOS A.P.A.N.A.S. DE TOLEDO