|  |
| --- |
|  Ponga su foto aquí  |

\* Los campos marcados con un asterisco, son de cumplimentación obligatoria.

**FICHA DE** **AFECTADO**

**\*\*Si el afectado/a es menor de edad, datos del padre o madre.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE**: Escriba su nombre en Mayúscula  | **APELLIDOS**: Escriba sus Apellidos en Mayúsculas |
| **NIF/DNI** Escriba el DNI con letra  |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO**: Inserte Fecha Nacimiento  | **PROVINCIA DE NACIMIENTO**: Haga clic a. |
| **DOMICILIO**: DomicilioHaga clic aquí para escribir texto.  | **CÓDIGO** **POSTAL**: Haga clic a. |
| **LOCALIDAD**: Haga clic aquí para escribir texto. | **PROVINCIA**: Haga clic aquí para escribir t |
| **TELÉFONO FIJO**: Haga clic aquíribir texto. | **TELÉFONO MOVIL**: … Haga. |
| **CORREO ELECTRÓNICO**: Haga clic aquí para escribir texto. | **Desea pertenecer al grupo de wasap:** |
| **ESTADO CIVIL**: Haga clic a. | **Nº DE HIJOS**: Haga clic a. |
| **ACTIVIDAD LABORAL:** Haga clic a. |  |

**DATOS DE AFECTADO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| Posee certificado de Discapacidad: Si No  | ¿Qué grado de discapacidad tiene?: Haga clic a. |
| ¿Quién es su médico actual?: DomicilioHaga clic aquí para escribir texto.  |  |
| Nombre de la Enfermedad diagnosticada o sospecha de diagnóstico: Haga clic aquí para escribir texto. | ¿En qué año le fue diagnosticada la enfermedad? Haga clic aquí para escribir t |
| Qué tratamiento recibe en la actualidad? Haga clic aquíribir texto. | En qué centro médico?: … Haga. |
| ¿Tiene otros familiares afectados?: … Haga. |
| Cómo nos ha conocido? … Haga. |
| Qué actividades le gustaría hacer con la Asociación:Haga clic aquí para escribir texto. |

OBSERVACIONES

|  |
| --- |
|  |

**Podéis colaborar con una aportación que puede ser anual o fraccionada y de la cantidad que consideréis conveniente. Los socios contribuyen a la estabilidad de los servicios que ofrece nuestra entidad.**

**Cantidad anual\_**

1. 30€/año (cuota mínima)
2. 75€/año
3. 100€/año
4. Otra cantidad

Quiero colaborar con

|  |
| --- |
| Indica la cantidad con la que quieres colaborar: … Haga. |

**DATOS BANCARIOS**

TITULAR DE LA CUENTA: Nombre y Apellidos Haga clic aquí para escribir texto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | ENTIDAD | OFICINA | DC |  Nº DE CUENTA |
| **E** | **S** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Fecha y Firma del titular:**

Los datos presentes en este documento son responsabilidad de ALER y serán tratados exclusivamente en el marco de una prestación de servicios contratada por el interesado o su tutor legal. Estos datos no serán cedidos a terceros salvo obligación legal. El interesado tendrá derecho de acceso, rectificación, supresión y oposición al tratamiento de sus datos, además de otros derechos reconocidos en la normativa vigente. Para información adicional, consulte nuestra web o envíenos un correo electrónico.

ALER solicita su autorización expresa para poder enviarle comunicaciones de productos y servicios que le podrían interesar al estar relacionados con aquellos que nos ha solicitado previamente.

Marque si autoriza el tratamiento de datos: SI NO

¿Concede permiso a ALER para la utilización del material gráfico en el que pueda aparecer habitualmente el interesado en el marco de las actividades desarrolladas por ALER, para fines publicitarios o de comunicación corporativa en medios tanto físicos como digitales, incluido redes sociales? La autorización implica la renuncia a la percepción de cualquier cantidad en concepto de derechos de imagen por la autorización del material gráfico.

Marque si autoriza el tratamiento de datos: SI NO

 **En , a de de 2022**