

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____

C.Postal _____ Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Otro Tel. _____ D.N.I. _____

Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____ E-mail _____

Estado Civil

 Soltero/a Casado/a Viudo/a**TIPO DE DEFICIENCIA DE MOVILIDAD** Tetraplejia (Nivel de la lesión: _____) Paraplejia (Nivel de la lesión: _____) Otras deficiencias de movilidad
(Especificar: _____)**CAUSA DE LA DEFICIENCIA DE MOVILIDAD** Enfermedad
(Especificar diagnóstico: _____) Accidente
 Tráfico
 Trabajo
 Deporte/ocio
 Otra
(Especificar: _____)

Fecha Deficiencia: ____ / ____ / ____

GRADO DE DISCAPACIDAD MOTORA

	SI	NO	PARCIAL
Utilización brazos y manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desplazamiento autónomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS DEFICIENCIAS Visual Auditiva Comunicación Psíquica**SITUACIÓN LABORAL** Activo (jornada completa o tiempo parcial) Parado / sin ocupación

Profesión _____

 Pensionista, Tipo _____ Estudiante Tareas domésticas Nivel Estudios _____

¿Desea Trabajar? _____ ¿En qué? _____

continúa al dorso...

...continuación

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/Caja _____

Domiciliado/a en C/ _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

Ruego atiendan los recibos que contra mi cuenta corriente/Ahorro (cartilla de ahorro):

CUENTA IBAN ES _____

presente anualmente para su cobro ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA (Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos Físicos), por valor de CUARENTA EUROS (40 €)

Atentamente:

D/D^a _____

Domicilio _____

Población _____

Provincia _____

DNI nº _____

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:

DNI:

NOTA

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de **Protección de Datos de Carácter Personal**, le comunicamos que los datos facilitados a través de este formulario, serán incorporados en los ficheros de **ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA**, con la finalidad de la gestión y control integral de la Asociación. En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener su solicitud actualizada. Le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante **ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA**, remitiendo su solicitud por escrito a nuestra dirección.