



NOMBRE _____

APELLIDOS _____

DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE INGRESO _____ SORDO/A OYENTE HIJOS

GRADO DE DISCAPACIDAD:

ENTRE EL 0 Y EL 25% ENTRE EL 26 Y EL 50% ENTRE EL 51 Y EL 75%

ENTRE EL 76 Y EL 100% N.C.

CALLE _____

PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____ FAX _____ MÓVIL _____

EMAIL _____

ESTADO CIVIL:

CASADO/A SOLTERO/A DIVORCIADO/A VUIDO/A

TIPO DE CONVIVENCIA:

VIVEN CON LA FAMILIA DE ORIGEN

VIVEN CON PERSONAS QUE NO SON SUS FAMILIARES

VIVEN CON SU PROPIA FAMILIA

VIVEN SOLOS OTROS/N.C.

NIVEL DE ESTUDIO:

BACHILERATO, ESTUDIOS TÉCNICO (FP. o CICLO FORMATIVO)

CON CERTIFICADO ESCOLAR CON ESTUDIOS PRIMARIOS INCOMPLETOS

CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS CON GRADUADO EN E.S.O.

CON GRADUADO ESCOLAR o EQUIVALENTE NO LEEN NI ESCRIBEN OTROS/ N.C.

SITUACIÓN LABORAL:

ACTIVO CON EMPLEO PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA PARADOS

FECHA DE COBRO DE CUOTA SOCIOS:.....



LUGAR DE RESIDENCIA:

CASA EN RÉGIMEN DE ALQUILER CASA PROPIA

INSTITUCIÓN, RESIDENCIA, ALBERGUE, ETC. PENSIÓN

PISO TUTELADO, HOGAR FUNCIONAL SIN RESIDENCIA FIJA (TRANSEUNTE) OTROS

CON EL OBJETO DE GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES, Y EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGÁNICA 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LA PERSONA ABAJO FIRMANTE AUTORIZA A LA ASOCIACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRAN CANARIA A INCORPORAR SUS DATOS EN SUS FICHEROS, CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR SUS DATOS ADMINISTRATIVOS EN SU RELACIÓN CON LA ASOCIACIÓN, ASÍ COMO SUS DATOS GENERALES Y DE SALUD. LOS DATOS DE LOS SOCIOS SERÁN SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE UTILIZADOS DENTRO DEL ÁMBITO DE ACTIVIDAD DE LA ASOCIACIÓN, CON LA FINALIDAD DE PRESTARLE LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR EL SOCIO.

NUESTRA ASOCIACIÓN TIENE NOTIFICADOS LOS CORRESPONDIENTES FICHEROS ANTE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE DATOS Y DISPONE Y APLICA TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTEMPLADAS EN EL REAL DECRETO 1720/2007 Y DEMÁS NORMATIVAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, COMO GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS MISMOS.

SUS DATOS SERÁN SOLO CEDIDOS EN CASO NECESARIO Y PARA PRESTARLE ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS QUE NOS SEAN SOLICITADOS.

EN EL TRANCURSO DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS ORGANIZADOS POR LA ASOCIACIÓN, SE PODRÁN TOMAR IMÁGENES Y VÍDEOS, QUE LA ASOCIACIÓN UTILIZARÁ PARA SU PROMOCIÓN EN MEDIOS INFORMATIVOS, REDES SOCIALES U OTROS MEDIOS DE PROMOCIÓN. LA PERSONA ABAJO FIRMANTE ACCEDE A LA CESIÓN DE ESTAS IMÁGENES A LA ASOCIACIÓN CON LA FINALIDAD DESCRITA. LA AUTORIZACIÓN NO FIJA NINGÚN LÍMITE DE TIEMPO PARA SU CONCESIÓN NI PARA LA EXPLOTACIÓN DE FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES O PARTE DE LAS MISMAS, ASÍ COMO LA GRATUIDAD DE LA MISMA.

RESPECTO A SUS DATOS PODRÁ EJERCITAR, SI LO DESEA, SU DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN Y CANCELACIÓN, EN SU CASO Y EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, DIRIGIÉNDOSE A LA ASOCIACIÓN DE PERSONAS SORDAS DE GRAN CANARIA POR MEDIO DE UN ESCRITO, IDENTIFICÁNDOSE CORRECTAMENTE DIRIGIDO A: . C/ FARMACÉUTICO PEDRO RIVERO 30 LOCAL BAJO 35013 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ASÍ MISMO LE COMUNICAMOS QUE CUALQUIER CAMBIO QUE EFECTÚE EN SUS DATOS PERSONALES NOS LO DEBERÁ TRANSMITIR CON EL OBJETO DE MANTENER ACTUALIZADOS NUESTROS ARCHIVOS.

LE RECORDAMOS QUE PARA GARANTIZAR EL ACCESO A OTROS FAMILIARES O PERSONAS A SUS DATOS, DEBERÁN APORTAR UN ESCRITO CON LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN IDENTIFICATIVA PERTINENTE.

Hecho por duplicado ejemplar, en Las Palmas de Gran Canaria a de de 2.01

El socio/a

Asociación de Personas Sordas de G.C.

Representante