

Datos Personales	
Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Código Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono de contacto:
D.N.I.	
Correo electrónico:	

Datos Profesionales			
Categoría:		Nº Carnet Profesional:	
Destino:			
Situación:	Activo <input type="checkbox"/>	2ª Actividad <input type="checkbox"/>	Jubilado/a <input type="checkbox"/>
			Viudo/a <input type="checkbox"/>

Tratamiento de datos de carácter personal
<p>De conformidad con la L.O.P.D. de carácter personal, así como con el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, aplicable en todos los países de la Unión Europea, te informamos que tus datos personales serán incorporados a un fichero de titularidad de AMIFP (Asociación a favor de personas con discapacidad de la Policía Nacional), quien a su vez es el responsable del tratamiento de este fichero.</p> <p>La finalidad del tratamiento de tus datos personales se constituye en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La gestión como socio: tramitar el alta como socio, permitir el ejercicio de derechos y obligaciones previstos en los estatutos de la Asociación (AMIFP). 2. Lista de difusión o distribución: a fin de enviarte comunicaciones con información de la actividad propia de la Asociación. No se efectuará comunicación alguna a otras entidades, salvo aquellas comunicaciones que se producen por obligación legal o necesidad legal. No se producen transferencias a terceros países u organizaciones internacionales. 3. Para más información sobre nuestra Política de Privacidad puede consultarla en www.amifp.org <p>Derechos del interesado en relación a la protección de sus datos personales: Podrá ejercitar su derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerse, frente al Responsable del Fichero en la dirección siguiente: C/ Julián González Segador N°2, 28043 Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> Acepto y estoy de acuerdo.</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo ser dado de alta y aportar la cantidad de.....€/mes. Mínimo 5 €/mes *.</p>

* Cuota mínima aprobada en Asamblea General: 5,00€uros/mes

En a de..... de 20.....

Firma Socio Numerario:

Datos beneficiario con discapacidad			
Nombre y apellidos:			
Dirección:			
Código Postal:		Localidad:	
Provincia:		Teléfono de contacto:	
D.N.I. :		Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:			
Grado de discapacidad: %		Tipo:	
		Física <input type="checkbox"/>	Sensorial <input type="checkbox"/>
		Psíquica-sensorial <input type="checkbox"/>	Psíquica-mental <input type="checkbox"/>
Diagnóstico:			
Necesidades de apoyo:			

DOCUMENTACIÓN A APORTAR Y ADJUNTAR JUNTO CON LA SOLICITUD DE SOCIO:

- DNI del Socio Numerario
 DNI del beneficiario con discapacidad.
- Libro de Familia
 Certificado de discapacidad

En ade..... de 20.....

Firma Socio Numerario:

Firma Beneficiario con discapacidad:

D./D^a, con DNI.....,y domicilio
en, C.P.....,de,

A U T O R I Z O:

A que la ASOCIACIÓN A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA POLICIA NACIONAL (Amifp), con domicilio en Madrid, C/ Julian Gonzalez Segador, N^o 2 Edif Gestión Económica y Técnica. 28043 Madrid y CIF G-28982239, cargue en mi cuenta número:

ES.....
(Indicar los 24 dígitos), la cuota establecida como socio numerario de dicha entidad*.

.....a de de 20.....

Fdo.:

* Cuota mensual 5,00€/mes. El cobro de las cuotas se realiza de manera semestral.