

SOLICITUD D'INSCRIPCIÓ

DADES PERSONAS DEL SOLICITANT

Nom i Cognoms:			
NIF:		Data de Naixement:	
Direcció:			
Població:			
Província:		Cpostal:	
Telèfons:			
Email:			

PERFILS VOLUNTARIAT

Estaría interessat/a en participar en els següents perfils; (Ticar am una X)

- Voluntariat Programes i Serveis**
- Voluntariat en Activitats Puntuals**
- Voluntariat en Activitats de Gestió**

D'acord amb l'establert per la Llei Orgànica 15/1999, l'informem que les dades obtingudes d'aquest formulari seran incorporades a un fitxer automatitzat sota la responsabilitat de ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS D'ALZHEIMER I ALTRES DEMÈNCIES DE MURO I COMARCA amb la finalitat d'atendre les seves consultes i remetre-li informació relacionada que pugui ser del seu interès.

Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit a la nostra adreça C/ JOSÉ BONO, 71 03830 MURO DE ALCOY (ALACANT).

Mentre no ens comuniqui el contrari, entendrem que les seves dades no han estat modificades, que vostè es compromet a notificar-nos qualsevol variació i que tenim el seu consentiment per utilitzar-los per a les finalitats esmentades.

L'enviament d'aquestes dades implica l'acceptació d'aquesta clàusula.

Sinatura:

En, a, de De 20...