



EN/NA .....

Adreça .....

Districte Postal.....Població..... Província .....

Tel fix .....Tel mòbil.....E-mail .....

Relació amb la persona amb TEA o SA (pare, mare etc.) .....

Sol·licita inscriure's com a **SOCI DE NÚMERO** de l'ASSOCIACIÓ TEA [ASPERGER] DE LA CATALUNYA CENTRAL

**CÒNJUGE O ALTRES**

Nom y cognom .....

Relació amb la persona amb TEA o SA .....

**AMB TEA-SÍNDROME D'ASPERGER** (fill, filla, altres)

Nom i cognoms .....

Data de naixement..... Nivell d'estudis actual .....

Treball ( Si/No) ..... Ocupació .....

Autoritzo a l'Associació TEA [Asperger] de la Catalunya Central a carregar en el meu compte:

**Quota 90€ trimestrals**

**Entitat    Oficina    D.C.    Núm. Compte.(10 dígit)**

--	--	--	--

"D'acord amb lo que disposa la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, els signants queden informats de que les dades personals quedaran incorporades i seran tractades en els fitxers titularitat de l'Associació Asperger de la Catalunya Central, amb domicili a Sant Joan de Vilatorrada, amb la finalitat de poder formalitzar els documents, tramits, quotes de soci etc...També queden informats de la possibilitat d'exercir els drets, rectificació, cancelació y oposició a les seves dades de caràcter personal mitjançant escrit dirigit a la Associació Asperger de Catalunya Central"

**Autoritzo a l'Associació a donar les meves dades a altres membres de l'Associació.**

SI

NO

Data.....

**Signatura**

Enviar Full d'inscripció a **ASSOCIACIÓ TEA [ASPERGER] DE LA CATALUNYA CENTRAL**

NIF: G65064735

E.mail: [sac.catalunyacentral@gmail.com](mailto:sac.catalunyacentral@gmail.com)

Telf.: **692 170 935**

