|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HOJA DE INSCRIPCIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| NºORDEN (a rellenar por la entidad) | | | | | |  | | | | FECHA |  | | |
| NOMBRE Y  APELLIDOS | | |  | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | |  | | | | | | | | | | | |
| POBLACIÓN | |  | | | PROVINCIA | | |  | | CÓDIGO POSTAL | | |  |
| DNI/NIF |  | | | TELÉFONO | | |  | | TELÉFONO 2 | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITA** ser dado de alta como **SOCIO** | | | |
| DE PLENO DERECHO |  | COLABORADOR |  |

\*seleccionar una de las dos opciones

Para lo cual colaboraré con una aportación anual inicial de 120 Euros, que me será cargada en dos semestres de 60 € cada uno, en la cuenta bancaria cuya domiciliación adjunto.

En Valencia a de de 20

Firmado:

DNI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | |  | | |
| DNI/NIF |  | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |  |  |
| TIPO DE MINUSVALÍA | |  | | |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SITUACIÓN EDUCATIVA-OCUPACIONAL ACTUAL | | | | | | | | | | | | |
| CENTRO |  | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD |  | | | | | | | | | | | |
| CENTRO DE DÍA | | |  | CENTRO OCUPACIONAL | | | |  | RESIDENCIA |  | OTROS |  |
| LOCALIDAD | |  | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES QUE REALIZA EN EL CENTRO | | | | | | |  | | | | | |
| PAGA ALGUNA CUOTA | | | | |  | | | | | | | |
| RECIBE ALGUNA AYUDA O PENSIÓN | | | | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES DE INTERÉS |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS BANCARIOS DEL SOCIO/A | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | | | |  | |
| NIF |  | | | | | |
| ENTIDAD | | OFICINA | | DC | | Nº CUENTA/LIBRETA |
|  | |  | |  | |  |
| ENTIDAD | |  | | | | |
| DOMICILIO SUCURSAL | | | | |  | |
| CIUDAD | | |  | | | |
| TITULAR | | |  | | | |

.............................................................................................................................................

(Cortar por la línea de puntos para entregar en la sucursal bancaria)

|  |  |
| --- | --- |
| SR. DIRECTOR DE LA SUCURSAL |  |
| BANCO O CAJA |  |
| DIRECCIÓN |  |

Estimado Sr/a:

Ruego que con cargo a mi cuenta/Libreta Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliada en su oficina, abonen los recibos correspondientes de FEVADIS. Federación Valenciana de Discapacitados Psíquicos.

Atentamente:

Fdo:

NIF:

Domicilio: