**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | | DNI |
| Domicilio | | CP |
| Título académico relativo al dalo cerebral | | |
| Población | Provincia | |
| Email | | |
| Móvil | | |

El arriba indicado, solicita su ingreso en la ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE DAÑO CEREBRAL

(APRODACE), mediante la presente solicitud, a la cual se adjuntan los documentos siguientes:

* DNI escaneado por ambas caras.
* Copia escaneada del justificante de pago de inscripción anual (30€)

**CONDICIONES**

1. Los socios declaran que comparten los objetivos y fines de APRODACE.

2. Los socios se comprometen a cumplir los Estatutos y acuerdos adoptados por la Junta de APRODACE.

3. Los socios declaran estar en posesión del título correspondiente que les faculta a ser profesionales en un área de conocimiento relacionado con el daño cerebral.

4. Los socios declaran poseer una trayectoria profesional relacionada con el daño cerebral.

5. Los socios se comprometen al pago de la cuota anual, la cual les da derecho a participar de las actividades, acciones formativas y científicas etc, organizadas por APRODACE .

6. Los socios han de comunicar por escrito a APRODACE cualquier cambio en sus datos.

**DATOS PRPFESIONALES** (Rellenar la opción/es que proceda)

|  |  |
| --- | --- |
| Máster Universitario  Fecha y centro |  |
| Licenciatura  Fecha y centro |  |
| Diplomatura en  Fecha y centro |  |
| Formación Profesional  Fecha y centro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Centro de trabajo  Fecha inicio/fin |  |
| Cargo/ puesto |  |
| Experiencia profesional relacionada con el daño cerebral (puede omitir este apartado adjuntando un CV) | |

**INSCRIPCIÓN \***

Tipología de socio:

* Socio Numerario: Contar con título de licenciado (o equivalente) en un área de conocimiento relacionado con

el daño cerebral, o una trayectoria profesional relacionada con la asistencia o la investigación en el mismo\*\*

* Socio no Numerario: Realizar una actividad profesional relacionada con el daño cerebral.

\* 30euros anuales // \*\*Adjuntar copia título y CV.

* ACEPTO
* Autorizo a la ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE DAÑO CEREBRAL, con CIF G-85528685, a ceder los datos recogidos en este formulario a excepción de los datos bancarios.
* A otras sociedades de daño cerebral o carácter científico, autonómicas o extranjeras, con objeto recibir información sobre congresos, reuniones, cursos u otra actividad de interés a los socios
* A otros socios de APRODACE para, en caso pertinente, realizar actividades como parte de un grupo de trabajo.

**Datos de pago**

Cuenta: ES84 2080 3128 7130 4001 5008

Titular: ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE DAÑO CEREBRAL

Concepto: Nombre y apellido + CUOTA APRODACE

FIRMA Y FECHA

De conformidad con lo establecido por la LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que suministre, se incorporarán a una base de datos informática, titularidad de la ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE DAÑO CEREBRAL, con G-85528685, incluida en el Registro Nacional de Asociaciones, Grupo 1, Sección 1, Número Nacional 608141, a fin de gestionar su funcionamiento y prestarle los servicios y beneficios de socios y que puede consultar en nuestra web, incluyendo el envío por medios electrónicos de boletines, e información de interés. Usted consiente el tratamiento confidencial de los datos, con estas finalidades. Puede ejercitar derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a APRODACE, a través del formulario de contacto web.