



Centro Altatorre de Personas Sordas de Madrid

San Marcelo, 5 – 28017 MADRID
Teléfono: 913.552.957 - Fax: 917.263.068
www.altatorre.org / altatorre@altatorre.org

INSCRIPCIÓN DE SOCIO MENOR DE EDAD

Nº SOCIO:

DATOS DEL INTERESADA/O

- **Nombre:**.....
- **Apellidos:**.....
- **DNI:**.....
- **Fecha de nacimiento:**..... **Discapacidad:**.....%
- **Domicilio:**.....
- **Municipio:**.....
- **Provincia:**..... **C.P.:**.....
- **Móvil:**.....
- **Correo electrónico:**.....

DATOS DE MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL

- **Nombre:**.....
- **Apellidos:**.....
- **DNI:**.....
- **Domicilio:**.....
- **Municipio:**.....
- **Provincia:**..... **C.P.:**.....
- **Móvil:**.....
- **Correo electrónico:**.....

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, D/Dª

Con DNI _____, autorizo al Centro Altatorre la utilización de mis datos exclusivamente para fines relacionados con mi inscripción como socio, conociendo el derecho a acceder, modificar y cancelar la incorporación de mis datos según los términos que se establezcan en la legislación vigente. Del mismo modo, cedo los derechos de imagen al Centro Altatorre, para uso exclusivo de publicación en su web, y en memorias relacionadas con el Centro Altatorre

Firma del interesado

Firma de madre, padre o tutor

Madrid a _____ de _____ 20 _____