

Ficha de inscripción

Nº de socio

Nombre Apellidos

Fecha Nacimiento / / Lugar de Nacimiento

Nacionalidad NIF/NIE/Pasaporte

Dirección

Localidad CP Provincia

Teléfono E-mail

Sexo: Femenino Masculino

Nombre del afectado:

Relación con el afectado

Yo misma/o Madre/Padre Hija/o Esposa/o Hermana/o

Otros (especificar)

Solidaria/o

Lugar Atentado **Fecha Atentado** / /

Fallecida/o Herida/o Secuelas psicológicas

Reconocida/o por el Ministerio del Interior Reconocida/o en sentencia

Observaciones

***No existen cuotas, pero agradecemos donativos, puntuales o periódicos.**

Fecha de inscripción **Firma**

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero del que es titular ASOCIACION 11M AFECTADOS DE TERRORISMO con la finalidad de realizar la gestión administrativa, contable y fiscal, así como enviarme comunicaciones no comerciales.

Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio fiscal de ASOCIACION 11M AFECTADOS DE TERRORISMO sito en C/ PUENTELARRA 7 LOCALES 3 Y 4 28031 MADRID o en: buzon@asociacion11m.org

Autorizo

En el caso de los **AFECTADOS** directos y en aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos:

Mediante el presente escrito, **AUTORIZO** a la Asociación 11-M Afectados de Terrorismo, así como a los Profesionales que colaboren o puedan colaborar con la misma, (abogados, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), a tratar, manejar y disponer de toda la información personal que les he facilitado y pueda facilitar en el futuro incluida la información sobre mi estado de salud, en cualquier tipo de soporte, documento, o incluso de forma verbal, e incluir toda la información en la base de datos informática correspondiente de la asociación, ante la cual podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Nombre y apellidos del socio: _____ DNI: _____

Representante legal (menores de edad): _____ DNI: _____

Autorizo No autorizo

En _____, a _____ de _____ de 20____.

FIRMADO: