

Nº de socio/a:

Fecha de inscripción: ___ de _____ de 20 ____.

DATOS IDENTIFICATIVOS

Nombre y Apellidos: _____

Domicilio: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Tlf. Fijo: _____ Tlf. Móvil: _____

e-mail: _____

F. Nacimiento: _____ NIF /Pasaporte: _____

Nacionalidad: _____

SITUACIÓN SOCIO-LABORAL

Profesión: _____

Situación actual: _____

Tipo de pensión (*si procede*): _____ Estado Civil: _____

Unidad de convivencia: _____

SITUACIÓN PERSONAL

Motivo de la discapacidad: _____

Fecha discapacidad: _____

Nivel Lesión: _____ Tipo de Lesión: _____

Grado: _____ %

¿Precisa de ayuda de tercera persona? SI / NO

¿Tiene permiso de conducir? SI / NO ¿Coche? SI / NO

¿Vivienda accesible? SI / NO

¿Usuario de silla de ruedas? SI / NO ¿Bastones? SI / NO

OTROS DATOS

Demanda algún tipo de información. Tipo:

.....
Motivos que lo impulsan a querer asociarse a ASPAYM.
.....