

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO PERSONA ASOCIADA Y DOMICILIACIÓN BANCARIA

D/D^a: _____ DNI: _____
C/: _____ número _____ piso: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____
E-mail: _____
Teléfono/s: _____

❖ REPRESENTANTE (si procede)

D./Dña. _____ con DNI _____
y domicilio situado en C/ _____, en
representación de la persona arriba indicada.

❖ SOLICITA:

- ☐ Ser persona asociada **Numeraria / Juvenil (36 €/año)**. Se puede fraccionar el pago en cuotas de 3 meses.
- ☐ Ser persona asociada **Colaboradora** (72 €/año). Se puede fraccionar el pago en cuotas de 3 meses.

¿Cómo NOS HAS CONOCIDO?

- ☐ Amigos o Conocidos
☐ Internet
☐ Redes Sociales
☐ Prensa
☐ Oficinas de Empleo
☐ Radio
☐ Actividades de Difusión, folletos, carteles, ...
☐ Centro de Valoración, otras entidades de personas con discapacidad
☐ Centros de Salud
☐ Otros (Indicar cuál): _____

CLÁUSULA DE PERMANENCIA

La Asociación de Personas con Discapacidad El Saliente, le informa sobre la obligatoriedad de continuar siendo persona asociada, haciendo frente a las cuotas, durante al menos los doce meses posteriores a la finalización de los procedimientos iniciados por nuestros/as trabajadores/as en favor de las personas usuarias de LA ASOCIACIÓN, no siendo posible la baja con anterioridad a dicho período.

En _____, a _____ de _____ 202__

Firma:

ENTIDAD DE CREDITO**TITULAR DE CUENTA DE CRÉDITO**

ORDEN DE DOMICILIACIÓN

IBAN CUENTA CORRIENTE

MODALIDAD DE PAGO

- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

CLAUSULA INFORMATIVA PARA PERSONAS ASOCIADAS

RESPONSABLE Y FINALIDAD: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona, así como los del representante legal y/o personas de contacto, en su caso, incluidos los de salud, serán tratados por **Asociación de Personas con Discapacidad El Saliente** con la finalidad de llevar a cabo la correcta prestación de los servicios solicitados y la gestión administrativa derivada de los mismos.

PLAZO: Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada, se mantenga la prestación del servicio o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia.

LEGITIMACION: La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la relación establecida entre la Asociación y la persona interesada, y en el consentimiento de la persona interesada.

DESTINATARIOS: Cuando sea necesario se comunicarán los datos a organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, entidades aseguradoras, Administración Tributaria, entidades sanitarias, Administración Pública con competencia en la materia, organismos de la Seguridad Social y entidades bancarias.

DERECHOS: La persona destinataria puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **C/ San Rafael 25 -04230 Huércal de Almería (Almería)** o también puede enviar un email a protecciondedatos@elsaliente.com, adjuntando documento que acredite su identidad.

RECLAMACION: Además, la persona interesada puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

Firma



CONSENTIMIENTO

☐ SI ☐ NO

Para el envío de información sobre actividades y/o servicios prestados por la entidad (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

☐ SI ☐ NO

Para el tratamiento de sus datos de salud con la finalidad de tramitar el servicio o gestión que usted haya solicitado. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI). En caso de marcar **NO**, no se podrá prestar el servicio.

☐ SI ☐ NO

Para el uso de su imagen con la finalidad de realizar actividades, incluyendo vídeos, fotografías y cualquier soporte de divulgación, sólo para uso interno, así como permitir la reproducción en memorias anuales de la entidad. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

☐ SI ☐ NO

Para el uso de su imagen con la finalidad de divulgar y difundir en distintos medios de comunicación, redes sociales, internet, televisión y otros soportes las actividades de la entidad. (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

☐ SI ☐ NO

Para formar parte de la lista de difusión de WhatsApp y poder recibir información de la Asociación (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

PERSONA ASOCIADA: _____

Nombre y apellidos (Padre, Madre, Tutor/a legal en el caso de que la persona asociada sea menor de 14 años o el Representante Legal, en su caso): _____

DNI:

Fecha:

Firma:

* La Asociación de Personas con Discapacidad El Saliente comunica y certifica que no admite ni acepta documentación original de nuestras personas asociadas.

ENVIO DE WHATSAPP PARA PERSONAS ASOCIADAS



Si eres persona asociada de la Entidad y quieres recibir **WHATSAPP** tienes que incorporar en tu lista de contactos el teléfono móvil de El Saliente, **699525266**.

Desde la Asociación creamos listas de difusión con los números de teléfono de las personas asociadas para enviarles información. **Si no incorporas dicho teléfono a tu móvil, no te va a llegar información.**

¿Qué son las listas de difusión?

Son listas de personas destinatarias a los que se les envía la misma información y en el mismo instante. La diferencia con los grupos de WhatsApp es que, por una parte, no hay interacción entre personas destinatarias y por otra, para poder recibir mensajes a través de dichas listas, cada persona destinataria (las personas asociadas en este caso), debe tener guardado el número de teléfono del remitente (El Saliente) en la lista de contactos de su teléfono móvil.

Al tener el número guardado se previene que las personas usuarias reciban mensajes **no solicitados y spam** de otros remitentes pudiendo así controlar quien puede enviarle un mensaje de difusión. ¡Recuerda! Si eres persona asociada de El Saliente y deseas recibir WhatsApp, graba en tu móvil el teléfono.