



## SOLICITUD DE INGRESO – SOCIO FAMILIAR A

### Datos de la persona afectada por el Síndrome de Delección 1p36

Nombre	Apellidos	Fecha nacimiento

¿La persona afectada es menor de edad o tiene modificada su capacidad judicialmente?    Si     No

En caso negativo cubrir también estos datos

DNI	E-mail	Teléfono	
Dirección	C.P.	Población	Provincia

### Datos de los padres / tutores

(Necesario sólo si la persona afectada es menor de edad o tiene modificada su capacidad judicialmente)

#### Madre / .....

Nombre	Apellidos	Fecha nacimiento	
DNI	E-mail	Teléfono	
Dirección	C.P.	Población	Provincia

#### Padre / .....

Nombre	Apellidos	Fecha nacimiento	
DNI	E-mail	Teléfono	
Dirección	C.P.	Población	Provincia

### Hermanos

Nombre	Apellidos	Fecha nacimiento

### Comentarios (familias monoparentales, padres separados, tutelas compartidas,...)

--

### Datos bancarios para domiciliación de cuotas anuales (importe anual: 40,00 €)

(Se puede domiciliar la cuota conjuntamente o dividirla entre los dos tutores)

Titular de la cuenta (Nombre y apellidos)		Importe a domiciliar
Banco	Población	Número de cuenta - IBAN

Titular de la cuenta (Nombre y apellidos)		Importe a domiciliar
Banco	Población	Número de cuenta - IBAN

Junto con esta solicitud deberá presentarse la siguiente documentación:

- Certificado médico o documentación médica acreditativa del diagnóstico de la Delección 1p36.
- Documentación acreditativa del parentesco (libro de familia, certificaciones de nacimiento, historial civil expedido por el Registro Civil u otros documentos equivalentes).
- D.N.I., pasaporte, o documento equivalente.

Con la firma de este documento por parte de todas las personas incluidas en él, excepto la afectada si es menor de edad o tiene modificada su capacidad judicialmente, se aceptan los estatutos y reglamento de la asociación, y el compromiso de pago de cuotas vigentes en cada momento.

Fdo:..... Fdo:.....

En ..... a ..... de ..... de 20.....