



CONECTA

ASOCIACION DE FAMILARES DE PERSONAS
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
DE LA COSTA DE GRANADA

MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO YO, D/D^a _____
CON D.N.I. _____, SOLICITO A LA JUNTA DIRECTIVA MI ADMISIÓN COMO SOCIO
DE NÚMERO EN LA ASOCIACIÓN, EN SOLIDARIDAD CON LOS ESTATUTOS, PRESENTANDO COPIA
DE MI DNI PARA QUE CONSTE LO DICHO ANTERIORMENTE A EFECTOS DE COMUNICACIÓN.

DATOS PERSONALES:

- ❖ FECHA:
- ❖ EDAD:
- ❖ E-MAIL:
- ❖ TELÉFONOS (INDICA LAS HORAS EN QUE SE TE PUEDE LOCALIZAR, TANTO POR
DISPONIBILIDAD COMO POR EVITAR MOLESTIAS):

- ❖ POBLACIÓN:
- ❖ CÓDIGO POSTAL:

SOBRE LA ASOCIACIÓN:

- ❖ CÓMO NOS CONOCISTE?:

- ❖ TIENES ALGÚN FAMILIAR CON TEA? (EN CASO AFIRMATIVO, INDICA PARENTESCO, EDAD
Y QUÉ TIPO DE ASISTENCIA RECIBE):

- ❖ HAS COLABORADO O ESTÁS COLABORANDO CON ALGUNA ASOCIACIÓN?, (EN CASO
AFIRMATIVO, INDICA EL NOMBRE):

- ❖ ESTAS INTERESADO EN COLABORAR CON NOSOTROS?, (EN CASO AFIRMATIVO, INDICA
CÓMO CREE QUE PODRÍAS COLABORAR):

FIRMA: