

HOJA DE INSCRIPCIÓN

(Para entregar en la sede de la Asociación el primer día de las Evaluaciones Iniciales)

Nombre:	_____	Apellidos:	_____
Dirección:	_____		
Población:	_____	Provincia:	_____
Código postal:	_____	DNI:	_____
Estado Civil:	_____		
Teléfono:	_____	Correo electrónico:	_____
Familiar de referencia:	_____	Telf. Familiar:	_____
Inclusión en grupo informativo de Whastapp	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Telf.: _____
Diagnóstico:	_____		
Neurólogo:	_____		
¿Posee Grado de Discapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Grado: _____
¿Tiene reconocida la Ley de Dependencia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Grado/Nivel: _____
¿Se encuentra vacunado/a por la COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Deseo que me inscriban en la Asociación PARKINSON SEVILLA como SOCIO/A:

En calidad de: PACIENTE FAMILIAR COLABORADOR/A

Mediante:

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Banco o Caja (IBAN + 20 dígitos): _____

Es obligatorio adjuntar junto a esta Hoja de Inscripción la documentación requerida en la Carta de Requisitos y Normas aportada por el Centro.

En Sevilla, a _____ de _____ de 20____.

Firmado: _____