



HOJA DE AFILIACIÓN

Tipo: Asociado Numerario

FECHA AFILIACIÓN:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección:

Puesto de Trabajo:

Nombre de la Empresa:

Provincia donde trabaja:

Tlf Fijo:

Móvil:

Trabajo:

Otros:

Correo Electrónico 1:

Correo Electrónico 2:

Observaciones:

Firma del solicitante:

Lugar, a de del 20.....

Visto Bueno:

El Presidente

La Secretaria General

Fdo: Ángel Molina Martínez

Fdo: Patricia Herrera Arroyo

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal los ASOCIADOS quedan informados y consienten que sus datos personales sean incorporados a un fichero del que es responsable ASOCIACION PROFESIONAL DE TECNICOS DE SEGURIDAD LABORAL DE CASTILLA Y LEÓN con la finalidad de dar cumplimiento a la relación que se deriva del presente documento y gestionar las fichas de asociados y de mantenerle informado de los servicios que pudieran resultar de su interés. No obstante, le recordamos que dispone de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos que podrá ejercer en nuestro domicilio o en la dirección de correo electrónico aptslcy@aptslcy.es.
No deseo información sobre las actividades, cursos y servicios de la ASOCIACION _____