(A rellenar por Fundación AFIM) **Fecha: _____** **N.º AFILIACIÓN_____**

(Por favor, cumplimente este impreso con letra de imprenta y marque con una X lo que corresponda)

SOLICITUD DE:	COLECTIVO AL QUE PERTENECE:
☐ AFILIACIÓN ☐ REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ☐ ORIENTACIÓN LABORAL ☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐ OTROS SERVICIOS	☐ PERSONA CON DISCAPACIDAD ☐ DEMANDANTES DE EMPLEO ☐ INMIGRANTES ☐ ASOCIACIONES ☐ OTROS

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

1er APELLIDO: _____ **2º APELLIDO:** _____

DNI o NIE: _____

DIRECCIÓN: _____ **C.P.:** _____

LOCALIDAD: _____ **PROVINCIA:** _____

TELÉFONO MÓVIL: _____ **TELÉFONO FIJO:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **NACIONALIDAD:** _____

EN CASO DE DISCAPACIDAD RELLENE ESTE APARTADO

Porcentaje (%): _____ Tipo de Discapacidad: Física ☐ Mental ☐ Intelectual ☐ Sensorial ☐

DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD: _____

_____

Utiliza materiales ortoprotésicos: **Sí** ☐ **No** ☐ **¿Cuál/es?:** _____

TRATAMIENTO

	NO DEPENDO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS NI DE DISPOSITIVO O EQUIPOS EXTERNOS
	DEPENDO DE TRATAMIENTO MÉDICO, DISPOSITIVO O EQUIPO MECÁNICO INTERNO O EXTERNO
	DEPENDO DE TRATAMIENTO CON ATENCIÓN CONTÍNUA

RIESGOS

	SIN RIESGOS
	SOY PROPENSO A PADECER CRISIS (Ausencias, desmayos, convulsiones, comas, lipotimias, etc.)
	MI DISCAPACIDAD PUEDE OCASIONARME PÉRDIDAS O TRASTORNOS DE EQUILIBRIO (Vértigo, etc.)

CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE

	NINGÚN PROBLEMA AL DESPLAZARME
	PROBLEMAS DE ESTABILIDAD, ANDO SOLO
	UTILIZO UN BASTÓN
	UTILIZO DOS BASTONES
	UTILIZO SILLA DE RUEDAS

ESFUERZO

	PUEDO MANIPULAR PESOS DE MÁS DE 25 KG
	PUEDO MANIPULAR PESOS ENTRE 3 Y25 KG
	PUEDO MANIPULAR PESOS DE HASTA 3 KG
	NO PUEDO REALIZAR NINGÚN ESFUERZO

EXPRESIÓN ORAL (una sola opción)

	FLUIDEZ VERBAL NORMAL
	HABLO CON DIFICULTAD, ME HAGO ENTENDER
	NO VERBAL USO LENGUA DE SIGNOS
	NO VERBAL UTILIZO OTRO SAAC

MUY IMPORTANTE: CONTINÚA AL DORSO

NIVEL DE VISIÓN

	BUEN NIVEL
	PÉRDIDA GRAVE (corregida con gafas)
	PERSONA CIEGA

ACCESO A TRANSPORTE (varias opciones)

	VEHÍCULO PARTICULAR NO ADAPTADO
	TRANSPORTE PÚBLICO NO ADAPTADO
	VEHÍCULO PARTICULAR ADAPTADO
	TRANSPORTE PÚBLICO ADAPTADO
	NECESITO AYUDA PARA DESPLAZARME
	NO PUEDO DESPLAZARME

FACTORES AMBIENTALES: CONDICIONES CONTRAINDICADAS PARA SU SALUD
(Puede marcar varias opciones)

	TEMPERATURAS INTENSAS (FRÍO, CALOR)
	ILUMINACIÓN ESCASA
	ILUMINACIÓN INTENSA
	RUIDO INTENSO
	HUMEDAD
	POLVO, POLEN, HUMOS, OTRAS SUSTANCIAS

POSTURA LABORAL

	PUEDO ADOPTAR CUALQUIER POSTURA
	DEBO PERMANECER SENTADO
	PUEDO PERMANECER DE PIE
	DEBO ALTERNAR POSTURAS

NIVEL AUDITIVO

	BUEN NIVEL, NO NECESITO PRÓTESIS
	CON PRÓTESIS OIGO BIEN
	PERSONA SORDA, AUNQUE ME COMUNICO

DESTREZA MANUAL

	NO TENGO NINGÚN PROBLEMA						
	LEVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS		DERECHA		IZQUIERDA
	GRAVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS		DERECHA		IZQUIERDA
	NO PUEDO UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS		DERECHA		IZQUIERDA

Carné de conducir Si ☐ No ☐ Vehículo propio Si ☐ No ☐

EL ABAJO FIRMANTE

SOLICITA:

☐ SER AFILIADO A LA FUNDACIÓN AFIM.

☐ SER INSCRITO EN LA ACTIVIDAD _____

☐ SER DADO DE ALTA EN EL SERVICIO DE _____

MANIFIESTA QUE:

☐ HA LEÍDO Y ACEPTA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE ADQUIERE AL AFILIARSE A LA FUNDACIÓN AFIM O ESTAR INSCRITO EN LA ACTIVIDAD O SERVICIO SOLICITADO.

☐ DA SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR INFORMACIÓN POR CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE FUNDACIÓN AFIM.

☐ AUTORIZA A QUE SE CAPTE MATERIAL AUDIOVISUAL EN EL TRANSCURSO DE LAS ACTIVIDADES O SERVICIOS A LOS QUE ASISTA Y QUE ESTE SEA DIFUNDIDO POR LOS MEDIOS QUE FUNDACIÓN AFIM ESTIME OPORTUNOS.

DON/DÑA: _____ **CON DNI o NIE:** _____

EN CALIDAD DE INTERESADO ☐ TUTOR LEGAL ☐

Firma:

En_____ **a**_____ **de** _____ **del 20**_____

En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales, le informamos de que sus datos personales serán incorporados a un fichero denominado **AFILIADOS**, propiedad de Fundación AFIM y debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyo fin es la gestión de la relación entre la persona afiliada y la FUNDACIÓN AFIM y mantenerle informado sobre novedades y ventajas que tiene por ser afiliado de AFIM. Los datos serán conservados mientras se mantenga la relación entre las partes o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo obligación legal. A Usted le asiste el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad o/y oposición de sus datos que puede ejercer enviando una solicitud escrita a la atención del Responsable de Fichero **de** La FUNDACIÓN AFIM, Carretera de la Coruña, Km 18,200 Edif. D – 1º – 28231 Las Rozas - MADRID, al fax 916376649, o comunicándolo por correo electrónico a: dptocalidadlopd@fundacionafim.org en los términos que la normativa aplicable establece. Así mismo le informamos de que para cualquier disconformidad con la respuesta obtenida puede dirigirse a la AEPD (Agencia Española de Protección de Datos) www.aepd.es