|  |
| --- |
|  C/Eusebio Barreto **SOLICITUD INICIAL SOCIO/SOCIO COLABORADOR DE ADFILPA**Urb. 29 de Octubre PTA.2 BL. 2 38760 Los Llanos de Aridane  922 40 18 54  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS SOLICITANTE**
 |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  | **D.N.I.:** |
| **DIRECCIÓN** |  | **POBLACIÓN:** |
| **TELÉFONO CONTACTO** |  |

|  |
| --- |
| 1. **EXPONE**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **SOLICITA**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA**
 |
|  |

 En…………………………………………….a………..de …………………….de 2021

 **(Firma interesado/a)**

**\*NOTAS:**

* DIFERENCIAS ENTRE SOCIO/A/SOCIO/A COLABORADOR/A; EL/LA SOCIO/A ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD FÍSICA ACREDITADA, MIENTRAS QUE EL/LA SOCIO/A COLABORADOR/A ES UNA PERSONA SIN DISCAPACIDAD QUE DESEA COLABORAR Y APOYAR A ADFILPA.
* IMPORTANTE EN EL CASO DE LA PERSONA QUE DESEA HACERSE SOCIO/A CON DISCAPACIDAD FÍSICA, INCLUIR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DONDE ACREDITE SU MOVILIDAD REDUCIDA, ASÍ COMO FOTOCOPIA DEL D.N.I. (EN SU DEFECTO, ENTREGARÁ UN INFORME MÉDICO ACTUALIZADO DONDE INDIQUE SU SITUACIÓN DE MOVILIDAD Y/O DISCAPACIDAD FÍSICA).
* EN EL CASO DE SOCIOS COLABORADORES, APORTAR FOTOCOPIA DE SU DNI.
* ESTO ES UNA SOLICITUD INICIAL, PARA QUE LA JUNTA DIRECTIVA DE ADFILPA VALORE SI CUMPLE LOS REQUISITOS PARA HACERSE SOCIO/A, Y FINALMENTE, TRAS SU ACEPTACIÓN COMO SOCIO, FIRMARÁ UNA SUSCRIPCIÓN DE SOCIO/A.