

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Población: _____ Provincia: _____

D.N.I.: _____

Fecha de NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer No Binario

Teléfono Fijo: (____) _____ E-mail: _____

Móvil: _____ Minusvalía: No Sí Grado: _____ %

Situación laboral: En activo En paro Pensionista Otras: _____

Centro educativo actual: _____

DATOS DE PADRE/MADRE O TUTOR

MADRE	Nombre y Apellidos: _____		
	Teléfono Fijo: _____	Móvil: _____	E-mail: _____
PADRE	Nombre y Apellidos: _____		
	Teléfono Fijo: _____	Móvil: _____	E-mail: _____
TUTOR	Nombre y Apellidos: _____		
	Teléfono Fijo: _____	Móvil: _____	E-mail: _____

DATOS ECONÓMICOS

Titular de la Cuenta: _____

Entidad Bancaria: _____

Nº de Cuenta: IBAN _____ / _____ / _____ / _____ / _____ /

INFORMACIÓN DIABETOLÓGICA

TIPO DIABETES: Tipo 1 Tipo 2 Otra: _____

Fecha de DEBUT: ____ / ____ / ____

Forma de Contacto:

- () Unidad de Endocrinología donde le atienden.
- () Otras personas (amigos, familiares, otras personas con diabetes, etc.).
- () Prensa.
- () Otra forma: _____

Centro donde es tratado:

- () Unidad de Endocrinología Pediátrica CHN.
- () Unidad de Endocrinología CHN
- () Otro: _____

DOCUMENTACION

- Fotocopia D.N.I.
- Informe de diagnóstico médico.
- Si tiene minusvalía: Fotocopia del Certificado de Minusvalía
- Fotocopia del nº de cuenta.

***NOTA:** Señalar cómo deseáis recibir la información de la Asociación.

() Lista de difusión de Whats app

() Por e-mail

AVISO LEGAL:

RESPONSABLE	ASOCIACIÓN NAVARRA DE DIABETES (G31149149) c/ Curia, 8, 31001 Pamplona, Navarra
FINALIDAD	Gestionar el ALTA/INSCRIPCIÓN como socio/a, defender los intereses de los socios y promocionar actividades dirigidas a la información y atención de personas con diabetes, informarles de estas, así como la gestión administrativa derivada de tales fines. <input type="checkbox"/> Solicito recibir información sobre productos/servicios y actividades realizadas por ANADI. <input type="checkbox"/> Autorizo el uso de mis datos para recibir comunicaciones de la asociación por cualquier medio, incluidas aplicaciones de mensajería instantánea.
LEGITIMACIÓN	Ejecución contractual, consentimiento del interesado e interés legítimo.
DESTINATARIOS	Organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable (soporte informático/asesoría, gestoría). Administración pública con competencia en la materia. Entidades sanitarias/compañías aseguradoras. Entidades bancarias. Complejo hospitalario de Navarra, y otras entidades hospitalarias/sanitarias con las que se lleva atención a socios y tutores y con las que le organizan actividades de forma conjunta.
DERECHOS	Puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como limitar su tratamiento o solicitar la portabilidad a otro responsable mediante email a info@anadi.es .
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestro plan de seguridad o www.anadi.es .

* Los datos solicitados son de carácter obligatorio, provocando la falta de suministro de dicha información o el suministro de datos incorrectos, que la entidad no pueda prestarle los servicios o contenidos que solicite. El usuario consiente, mediante la firma del presente, el tratamiento de sus datos con las finalidades marcadas. Este consentimiento podrá ser revocado siempre y en todo momento. El firmante, o sus tutores/representantes legales, son responsables de la información que dan y que omiten, voluntaria e involuntariamente. La Asociación actuará siempre conforme a sus conocimientos, y a la información aportada por los mencionados.

ANADI obtiene imágenes (**Foto fija/vídeo**) de actividades/eventos que organice, con el fin de promocionar la actividad de la Asociación y su propia imagen. Estas imágenes se publicarán tanto en la web y RRSS como en revistas y otros medios de comunicación. La obtención se realiza respetando siempre, y en la medida de lo posible, el derecho al honor de los titulares. Por medio de la selección de la correspondiente casilla, el firmante conoce, consiente y autoriza expresamente la publicación y difusión de sus imágenes, así como la cesión de sus derechos de imagen a ANADI en los términos previstos y para las finalidades mencionadas, por el tiempo máximo que delimite la normativa al efecto en todos los países del mundo

Autorizo el uso y difusión de mi imagen en los términos previstos y para las finalidades mencionadas en el presente.

En a de de

FIRMADO por el Titular de los Datos D.N.I	FIRMADO por padre/madre/tutor/a legal, si procede Nombre y Apellidos: D.N.I
---	--