



## **Proposta de Associado**

### **1. IDENTIFICAÇÃO PROPONENTE:**

Nome Completo\*: \_\_\_\_\_

Morada Completa\*: \_\_\_\_\_

Natural de: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão / Atividade: \_\_\_\_\_ Telefone\*: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_ N.I.F. \*: \_\_\_\_\_

Tem contacto direto com a Instituição\*:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

### **2. CATEGORIA ASSOCIADO:**

Efetivo - Pessoa Singular:  (Quota - 18€ ano) Efetivo - Pessoa Coletiva:  (Quota - 36€ ano)

Propõe-se pagar Quota Anual\*: \_\_\_\_\_ € Modalidade:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

### **3. CONSENTIMENTO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS:**

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Faro (APPC Faro), com a finalidade de manter, administrar e gerir a relação entre esta e os seus Associados, bem como para me manter informado sobre as iniciativas e actividades da mesma, utilizando, para tal, qualquer um dos contactos ou endereço de email abaixo facultados. A presente autorização manter-se-á em vigor enquanto se mantiver a minha qualidade de Associado da APPC Faro.

Tenho conhecimento de que me assiste o direito de solicitar à APPC Faro, por escrito, para os contactos abaixo indicados, o acesso aos meus dados pessoais, à limitação ao respectivo tratamento, bem como a respectiva portabilidade, rectificação ou eliminação. Tenho, ainda, conhecimento do direito a apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Protecção de Dados quando entenda estar em causa a protecção dos meus dados pessoais. Comprometo-me a manter actualizados todos os dados fornecidos, bem como a comunicar quaisquer alterações aos mesmos, enquanto mantiver a qualidade de Associado.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(A preencher pelos serviços)

Entrada nos Serviços nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Admitido em reunião Direção APPC Faro de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Registado Associado nº: \_\_\_\_\_

Informações Complementares: \_\_\_\_\_

Mod. PAF.01/3