



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ALTA EN LA  
ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN  
TEMPRANA DEL PAÍS VASCO (APATPV)

**A RELLENAR POR LA ASOCIACIÓN**

**FECHA ALTA:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE ASOCIADO/A:** \_\_\_\_\_

*Rellenar con letras mayúsculas, a mano o electrónicamente.*

**DATOS PERSONALES**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_ **POBLACIÓN:** \_\_\_\_\_

**PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO MÓVIL:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

**FORMACIÓN Y/O EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**FORMACIÓN:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ALTA EN LA ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL PAÍS VASCO (APATPV)

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## REQUISITOS DE ASOCIACIÓN

Mediante la firma de este documento:

- Declaro que todos los datos que he aportado son correctos y veraces.
- Manifiesto haber leído los Estatutos de la APATPV y me declaro afín a los fines expuestos.
- Autorizo a la Asociación de Profesionales de Atención Temprana del País Vasco a corroborar la veracidad de mis datos, pudiendo solicitarme que presente documentación acreditativa cuando así se considere necesario.

## DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Adjunto a este formulario los siguientes documentos:

- Justificante de ingreso de la cuota de inscripción (5-€).
  - BANCO SABADELL: ES21 0081 4336 2400 0108 3817
- Fotocopia del DNI.
- Una fotografía tamaño carnet.
- Documento de aceptación de la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales de la APATPV firmado.
- Acreditación de (seleccionar una casilla o dos):
  - Formación: fotocopias de los certificados pertinentes.
  - Experiencia profesional: currículum vitae.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**FIRMA**