

# SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROPSICOLOGÍA

D./Dña....., con D.N.I, N.I.E. o Pasaporte....., de nacionalidad....., domicilio en....., población..... provincia de....., con código postal .....,

### **EXPONE:**

1. Que desea ingresar como miembro de esta asociación, comprometiéndose en el acto de firmar la presente solicitud a cumplir la Ley, Los Estatutos y Reglamentos y a colaborar en los fines comunes de la Asociación Madrileña de Neuropsicología.

2. Que adjunta dos fotos tamaño carné y la fotocopia del último título académico (diplomatura, licenciatura, doctorado o magíster) y/o acreditación profesional (contratos, certificados, prácticas...) que desea alegar para el ingreso en dicha Asociación.

3. Que de acuerdo con el Artículo 31 de los Estatutos de la Asociación, su solicitud de ingreso tiene lugar y está avalada por los dos socios fundadores o numerarios:

D./Dña. .... con D.N.I. .... Firma.....

D./Dña. .... con D.N.I..... Firma.....

### **SOLICITA:**

Su ingreso como socio:      **AGREGADO**      **NUMERARIO**, en la Asociación Madrileña de Neuropsicología.

En....., a.....de.....

FIRMA DEL SOLICITANTE.....

---

### **ADVERTENCIAS PARA LOS SOLICITANTES**

Esta solicitud no será tramitada sí no está totalmente cumplimentada. Se deberán adjuntar:

- Dos fotografías tamaño carné.
- Fotocopia del D.N.I., N.I.E. o Pasaporte.
- Fotocopia del último Título que desee acreditar como mérito.
- Curriculum Vitae

La Tesorería de la AMN comunica al solicitante que el abono de las cuotas es ANUAL a través de transferencia bancaria, ya que es la forma habitualmente aceptada y ha demostrado ser la mejor a los efectos de llevar una buena contabilidad. No olvide cumplimentar y firmar el impreso de autorización para dicha domiciliación bancaria.

La Junta Directiva de la AMN se reserva el derecho de exigir comprobación documental de los datos reseñados por el solicitante.

---

### **DILIGENCIA DE INGRESO (A RELLENAR POR LA JUNTA DIRECTIVA)**

La Junta Directiva, en su reunión del día .....de..... de ....., ha estudiado la presente solicitud, y estimando que el solicitante reúna las condiciones reglamentarias exigidas, ha tomado el acuerdo de admitirlo como miembro:      **AGREGADO**      **NUMERARIO**, de esta asociación, con efectos a partir del día.....

Firma del Presidente de la AMN,

**INFORMACIÓN CURRICULAR REQUERIDA PARA TRAMITAR**  
**LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA**  
**ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROPSICOLOGÍA**

**DATOS PERSONALES**

---

\*NOMBRE

\*APELLIDOS

F. NAC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

D.N.I.

DIRECCIÓN

C. P.

POBLACIÓN

PROVINCIA

\*TELÉFONO DE CONTACTO

\*MAIL DE CONTACTO

**FORMACIÓN**

---

FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN

DOCTOR	SÍ ___ NO ___
FORMACIÓN POSTGRADO	
MÁSTER	SÍ ___ NO ___

Nº COL.

ACREDITACIÓN DE NEUROPSICÓLOGO CLÍNICO

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

**DATOS BANCARIOS**

---

\*BANCO O CAJA

\*ENTIDAD

\*OFICINA

\*D.C.      \*CUENTA

\*¿Eres el titular de la cuenta?

Sí                  No

\*Si la respuesta es No, indica el nombre del titular

\* AUTORIZO LA DOMICILIACIÓN BANCARIA PARA LA CUOTA DE SOCIO

“Cualquier modificación de la cuota será comunicada previamente al socio”

SÍ \_\_\_      NO \_\_\_

**NOMBRE Y DATOS DE CONTACTO DE LOS AVALISTAS PARA EL INGRESO EN LA AMN**

---

**AVALISTA 1**

NOMBRE	APELLIDOS	Nº SOCIO
MAIL	TFN DE CONTACTO	

**AVALISTA 2**

NOMBRE	APELLIDOS	Nº SOCIO
MAIL	TFN DE CONTACTO	

---

---

NOTA: Cualquier modificación en los datos de esta ficha, rogamos nos lo comuniquen a:  
secretaria@neuropsicologiamadrid.com

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Asociación Madrileña de Neuropsicología como responsable del fichero informa de las siguientes consideraciones: Los datos de carácter personal que le solicitamos quedarán incorporados a un fichero cuya finalidad es la posterior puesta en contacto de la entidad con el socio para ser informado bien a través de teléfono, correo electrónico o por envío postal de aquellos asuntos de la Asociación que conciernen a los socios. Los campos marcados con asterisco son de cumplimentación obligatoria, siendo imposible realizar la finalidad expresada si no aporta esos datos. Queda igualmente informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de sus datos personales en la siguiente dirección  
secretaria@neuropsicologiamadrid.com

El abajo firmante promete o jura que todos los datos aquí expuestos son ciertos. El tratamiento automatizado de sus datos es voluntario. En el supuesto de que usted no consienta dicho tratamiento para los fines expuestos, lo rogamos marque una cruz en el recuadro correspondiente.

- Si consiento en la cesión de mis datos personales para recibir información.
- No consiento en la cesión de mis datos personales para recibir Información.

En ....., a.....de .....de.....

FIRMA.....