



FICHA DE INSCRIPCIÓN FAMILIAS - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME TATTON BROWN RAHMAN

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

TELÉFONO:

EMAIL:

EMAIL:

DNI:

DNI:

¿EXISTE SENTENCIA CON MEDIDAS PATERNOFILIALES RELATIVAS A LA PERSONA AFECTADA? **SÍ** **NO**
(en caso afirmativo, acompañar fotocopia de dicha resolución)

HERMANOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (acompañar fotocopia de prueba genética):

HOSPITAL:

MEDICOS DE REFERENCIA:

OTROS TRATAMIENTOS: **SÍ** **NO**

(En caso afirmativo, especificar)



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN: (Marcar con una X en caso afirmativo)

	Autorizan la captación y utilización de las imágenes fotográficas y audiovisuales, realizadas durante las fiestas, salidas y actividades de la Asociación en las que aparezca su hijo o representado _____ (Nombre de sus hijos y hermanos) para que se puedan utilizar con carácter educativo y divulgativo del STBR.
	Entregar copias de las mismas a los padres, tutores o familiares del resto de miembros de la Asociación en formato papel, CD o similar
	Utilizar como recurso didáctico (Exposiciones, ponencias etc) para la difusión del STBR y publicarlas en la revista, web, redes sociales, material de difusión de la AESTBR.
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/a/representado a otros profesionales que puedan interactuar con él (Médicos, profesionales, etc)
	Autorizo para que se pueda facilitar información sobre mi hijo/representado en los Grupos de Ayuda Mutua en los que se comparten información de familias.

De conformidad con la ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que sus datos personales pasaran a formar parte de un fichero titularidad de la Asociación Española de Síndrome Tatton Brown Rahman, debidamente inscrita en el registro de Asociaciones, grupo 1, Sección 1, número nacional 622729. Le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición a info@aestbr.org. Remitiendo comunicación a tal efecto, a la que deberá adjuntar fotocopia de DNI del titular de los datos o documento acreditativo si actúa en su representación.

En este sentido y a los efectos de recoger su consentimiento para que sus datos sean tratados con los fines descritos y para poder enviarle información vía postal o mail información de la AESTBR, rogamos marque la casilla.

Si consiento que se me remita por vía postal, mail o WhatsApp información de la AESTBR



DON/DOÑA _____:

DESEO INSCRIBIRME COMO SOCIO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SINDROME TATTON BROWN RAHMAN

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EL CONTENIDO DE LOS ESTATUTOS DE LA AESTBR, CUYA COPIA DE LOS MISMOS SE ME ENTREGA EN ESTE ACTO

DESEO REALIZAR LA APORTACIÓN

ANUAL

DE 75 EUROS

(la cuota se abonará mediante ingreso al número de cuenta de la AETBR o transferencia bancaria)

DESEO REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA DE LA ASOCIACIÓN:

Titular: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SINDROME TATTON BROWN

Entidad: CAIXABANK

Oficina: DIAGONAL- CARLOS III

Localidad: BARCELONA

Nº Cuenta: ES57 2100 0555 3001 0154 8343

C.P.: 08028