



Se ruega cumplimentar este impreso en letra de imprenta

Marcar con una X lo que corresponda

IMPRESO DE SOLICITUD DE:

ACTIVIDADES
AFILIACIÓN
ACTUALIZACIÓN DATOS
ORIENTACIÓN LABORAL

FUNDACIÓN A F I M

No rellenar este espacio

FECHA:

No rellenar este espacio

Nº: Usuario: Contraseña:

DATOS PERSONALES

*Nombre: *Primer Apellido: *Segundo Apellido:
*Dirección: *C.P.:
*Localidad: *Provincia:
*DNI/NIE/NIF: Fecha nacimiento:/...../..... Teléfono: Teléfono contacto:
Fax: Correo Electrónico: Sexo: HOMBRE MUJER

Tipo de Discapacidad: Física Intelectual Sensorial Mental Porcentaje(%):

DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

.....
.....

Utiliza aparatos ortopédicos: Sí No ¿Cuál/es?:

TRATAMIENTO

<input type="checkbox"/>	NO DEPENDO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS NI DE DISPOSITIVO O EQUIPOS EXTERNOS
<input type="checkbox"/>	DEPENDO DE TRATAMIENTO MÉDICO, DISPOSITIVO O EQUIPO MECÁNICO INTERNO O EXTERNO
<input type="checkbox"/>	DEPENDO DE TRATAMIENTO CON ATENCIÓN CONTÍNUA

RIESGOS

<input type="checkbox"/>	SIN RIESGOS
<input type="checkbox"/>	SOY PROPENSO A PADECER CRISIS (Ausencias, desmayos, convulsiones, comas, lipotimias, etc.)
<input type="checkbox"/>	MI DISCAPACIDAD PUEDE OCASIONARME PÉRDIDAS O TRASTORNOS DE EQUILIBRIO (Vértigo, etc.)

CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE

<input type="checkbox"/>	NINGÚN PROBLEMA AL DESPLAZARME
<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE ESTABILIDAD, ANDO SOLO
<input type="checkbox"/>	UTILIZO UN BASTÓN
<input type="checkbox"/>	UTILIZO DOS BASTONES
<input type="checkbox"/>	UTILIZO SILLA DE RUEDAS

EXPRESIÓN ORAL (una sola opción)

<input type="checkbox"/>	FLUIDEZ VERBAL NORMAL
<input type="checkbox"/>	HABLO CON DIFICULTAD, ME HAGO ENTENDER
<input type="checkbox"/>	NO HABLO, USO LENGUA DE SIGNOS

ACCESO A TRANSPORTE (varias opciones)

<input type="checkbox"/>	VEHÍCULO PARTICULAR NO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO NO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	VEHÍCULO PARTICULAR ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	NECESITO AYUDA PARA DESPLAZARME
<input type="checkbox"/>	NO PUEDO DESPLAZARME

POSTURA LABORAL

<input type="checkbox"/>	PUEDO ADOPTAR CUALQUIER POSTURA
<input type="checkbox"/>	DEBO PERMANECER SENTADO
<input type="checkbox"/>	PUEDO PERMANECER DE PIE
<input type="checkbox"/>	DEBO ALTERNAR POSTURAS

ESFUERZO

<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS DE MÁS DE 25 KG
<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS ENTRE 3 Y 25 KG
<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS DE HASTA 3 KG
<input type="checkbox"/>	NO PUEDO REALIZAR NINGÚN ESFUERZO

NIVEL DE VISIÓN

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL
<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA GRAVE (corregida con gafas)
<input type="checkbox"/>	INVIDENTE

FACTORES AMBIENTALES

(Puede marcar varias opciones)

Condiciones contraindicadas para su salud

<input type="checkbox"/>	TEMPERATURAS INTENSAS (FRÍO, CALOR)
<input type="checkbox"/>	ILUMINACIÓN ESCASA
<input type="checkbox"/>	ILUMINACIÓN INTENSA
<input type="checkbox"/>	RUIDO INTENSO
<input type="checkbox"/>	HUMEDAD
<input type="checkbox"/>	POLVO, POLEN, HUMOS, OTRAS SUSTANCIAS

NIVEL AUDITIVO

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL, NO NECESITO PRÓTESIS
<input type="checkbox"/>	CON PRÓTESIS OIGO BIEN
<input type="checkbox"/>	SOY SORDO, AUNQUE ME COMUNICO

MUY IMPORTANTE, SIGUE AL DORSO



DESTREZA MANUAL

NO TENGO NINGÚN PROBLEMA				
LEVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS	DERECHA	IZQUIERDA
GRAVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS	DERECHA	IZQUIERDA
NO PUEDO UTILIZAR LAS MANOS		AMBAS MANOS	DERECHA	IZQUIERDA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN , ACTIVIDADES Y SERVICIO DE ORIENTACIÓN LABORAL

¿Es usted AFILIADO o VOLUNTARIO de Fundación AFIM? SI NO En caso afirmativo, ¿Nº de carnet de AFIM?

¿Desea ser AFILIADO de Fundación AFIM? SI NO

¿Desea pertenecer al SERVICIO DE ORIENTACIÓN LABORAL de Fundación AFIM? SI NO

¿Desea participar en alguna actividad de Fundación AFIM? SI NO

Firma

¿En qué actividades?.....

Nombre y Apellidos y D.N.I. del firmante si no es el interesado.....

Nota: La afiliación o la solicitud de actividades debe ser firmada por el interesado, o en su defecto por alguno de los padres o tutores si es menor de edad o su discapacidad no se lo permite.

En.....a.....de.....de 20.....

IMPORTANTE: Adjuntar fotocopia del N.I.F o D.N.I., del Certificado de Discapacidad, Dictamen Técnico Facultativo si lo hubiera

AVISO LEGAL.

* Los campos con asterisco, son obligatorios, en caso de no ser cumplimentados o hacerlo incorrectamente no podremos atender su solicitud.

Fundación AFIM garantiza el estricto cumplimiento de la Normativa vigente sobre Protección de Datos de carácter personal. A efecto de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en su artículo 5, la Fundación AFIM le informa que los datos personales que nos facilite voluntariamente a través de este formulario, serán incorporados al fichero que corresponda "ACTIVIDADES", "AFILIACIÓN" y/o "ACTUALIZACIÓN DE DATOS", debidamente notificados al Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos, propiedad de la misma, por lo que existirán tratamientos sometidos a la Legislación Española como el de tener la finalidad de que la entidad gestione sus solicitudes y mantenerle informado de todas las actividades y servicios presentes y futuros que puedan ser de su interés, en el ámbito de la actividad desarrollada por la Fundación AFIM por cualquiera de los medios que nos autoricen. Asimismo, le informamos que puede revocar este consentimiento en cualquier momento. La Fundación AFIM ha adoptado las medidas técnicas y organizativas necesarias, para garantizar la intimidad, la seguridad y la obligación de proteger los mismos, en función de su grado de sensibilidad, conforme a lo previsto en el artículo 9 de la LOPD y a lo establecido por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrán ser ejercitados ante el Responsable del Fichero por cualquier medio sujeto en derecho acompañando de copia de documento oficial que le identifique: Fundación AFIM, en Ctra. de la Coruña, Km. 18,200 – Edif. D – 1º_ 28231 Las Rozas (MADRID) / Tel.: 91 710 58 58 / Fax: 91 637 66 49 E-mail: lopd@fundacionafim.org NO CEDEMOS SUS DATOS A TERCEROS salvo cesiones previstas en la Ley y para el cumplimiento de las finalidades descritas para este formulario. Para más información acceda a nuestra [Política de Protección de Datos Personales en www.fundacionafim.org](#) o en el Sitio Web de la Agencia Española de Protección de Datos www.agpd.es

Los datos personales y complementarios recibidos a través de este formulario son conservados y tratados de manera automatizada y en papel, y son tenidos en cuenta mientras sean necesarios para cumplir con las finalidades anteriormente mencionadas y se cancelarán o bloquearán cuando finalicen las mismas.

De acuerdo con nuestra política interna de conservación de la información y para atender al Principio de Calidad de los datos de la LOPD, sobre el deber de mantener su información siempre actualizada, si usted desea que continuemos teniendo en cuenta este formulario, le invitamos a que nos remita de nuevo el mismo cuando considere que éste se encuentra desactualizado, siendo Usted el único responsable de la actualización y veracidad de los datos que nos remita y conservemos.

Autorizo la cesión de mis datos de carácter personal a PORTAL SOLIDARIO SL para que faciliten el acceso gratuito a la PLATAFORMA DE FORMACIÓN y los servicios de www.portalsolidario.net

Doy consentimiento a la Fundación AFIM, para la captación, tratamiento y publicación de las imágenes captadas a través de video y/o fotografía durante las actividades en la que participe para su publicación en:

- La página web de www.fundacionafim.org
- Boletines electrónicos
- Revista de divulgación de la Fundación AFIM
- Programa de actividades y similares
- Otros medios de comunicación gráficos y/o visuales ajenos a FUNDACION AFIM

No acepto información futura sobre la Fundación AFIM.

Firma.

Nombre y Apellidos y D.N.I. del firmante si no es el interesado.....

Nota: La afiliación o la solicitud de actividades debe ser firmada por el interesado, o en su defecto por alguno de los padres o tutores si es menor de edad o su discapacidad no se lo permite.

REMITIR A:

Fundación AFIM: Ctra. Coruña, Km.18,200 - Edif. D - 1ª Plta., 28231 - Las Rozas (Madrid)

Fax: 91 637 66 49

E-mail: afim@fundacionafim.org