

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

11º CAMPAMENTO NACIONAL DE JÓVENES SORDOS DE CHILE

Nombre:

Apellido Paterno:

Apellido Materna:

R.U.T.

SEXO (H/M/G)

Fecha de Nacimiento:

Comuna/población:

Ciudad:

Región:

Celular/WhatsApp:

Email:

PERSONAS SORDA

PERSONA SORDOCIEGA

PERSONA SORDA CON ALGUNA
OTRA CIRCUNSTANCIA

¿Cuál? _____

INFORMACION MÉDICA Y/O DE INTERÉS

(alegrías, enfermedades, tratamientos médicos, necesidades específicas de alimentación, vegetarianismo, etc.)

TALLA DE CAMISETA

S

M

L

XL

XXL

¿ERES SOCIO/A DE ALGUNA ASOCIACIÓN DE PERSONAS SORDAS?

NO

SI ¿Cuál?

TIMBRE
asociación

Nombre de agrupación/asociación

A los efectos de lo dispuesto en la Ley N.º 19.628 de 28 de agosto de 1999 de **PROTECCIÓN DE DATOS** de Carácter Personal el firmante autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento para su incorporación a la ficha de titularidad de la Fundación Sordos Iguales y su tratamiento informático en referencia al 11º Campamento Nacional de Jóvenes Sordos de Chile. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante un escrito a la secretaria de Fundación Sordos Iguales.