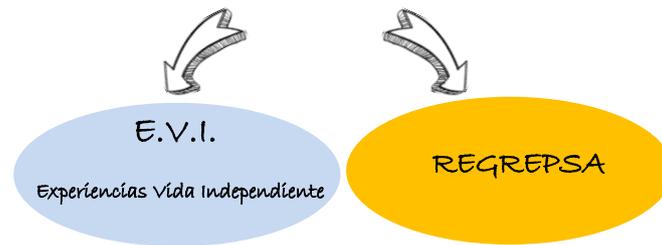


E.V.A.

(Experiencias de Vida Adulta)



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos		
Fecha de nacimiento		
Tengo diagnóstico de:		
Dirección		
Teléfono		
Email		
Soy USUARIO de algún servicio de BATA*	SI	*indicar servicio:
	NO	

SELECCIONA LA OPCIÓN QUE DESEES	PRECIO	OPCIÓN
E.V.A. (E.V.I. + REGREPSA)	160 €	
E.V.I. (una tarde a la semana)	130 €	
REGREPSA (un viernes al mes)	45 €	

Fdo.: _____

PERSONAS DE CONTACTO	
NOMBRE Y APELLIDOS	
TELÉFONO	
EMAIL	
NOMBRE Y APELLIDOS	
TELÉFONO	
EMAIL	

PROTECCIÓN DE DATOS: Reglamento (UE) 2016/679 RGPD y LOPDGDD 3/2018. ASOCIACION AUTISMO BATA, como responsable del tratamiento, tratará sus datos para gestionar su solicitud de inscripción en el programa EVA. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, entre otros, tal y como se explica en la información adicional que está a su disposición en nuestras instalaciones y en protecciondedatos@autismobata.com.

Así mismo, queda informado de la obligatoriedad de **HACER LLEGAR ESTA INFORMACIÓN A LAS PERSONAS CUYOS DATOS NOS FACILITE.**