



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO
SIMPATIZANTE
(No rellenar zona sombreada de gris)

CC.AA.: PROVINCIA: MUNICIPIO: N°SIMPATIZANTE:

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

F. NAC. DNI/NIE SEXO V M

PROFESIÓN _____ ESTUDIOS _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ CP _____

TEL. FIJO MÓVIL

E-MAIL _____

<p>FOTOCOPIA DNI ANVERSO</p> <p><small>* ESCANEAR O FOTOGRAFIAR D.N.I Y PEGAR O MANDAR APARTE</small></p>	<p>FOTOCOPIA DNI REVERSO</p> <p><small>* ESCANEAR O FOTOGRAFIAR D.N.I Y PEGAR O MANDAR APARTE</small></p>
--	--

EN _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA SIMPATIZANTE

Enviar a: afiliaciones@ccd-centro.es