



ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL PERÚ "My E.P. MARKO JARA SCHENONE"

Inscrita en la Partida N° 70610249 del Registro de Asociaciones de la Oficina de Registros Públicos del Callao
R.U.C. 20213424913

Sede Institucional: Psje. El Sol N° 777 (Alt. cdra, 34 Av. Argentina) Callao, Lima - Perú
Teléfono: (01) 7197503 Cel.: 975415421

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

SEÑOR: PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL PERÚ

Que, deseando pertenecer a la asociación que Ud. dignamente preside, ante Ud. con el debido respeto me presento y consigno los siguientes datos:

DATOS PERSONALES

Grado: _____ Apellidos y Nombres: _____

C.I.P. _____ D.N.I. _____ Perteneciente a: EP () – MGP () – FAP ()

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ RH _____

Unidad: _____ Grado de instrucción _____ Causal: _____

Diagnóstico: _____

Alérgico: _____ Medicina: _____

Domicilio: _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Referencia: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo: _____

¿Pertenece antes a ADISFFAAP?: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Motivo: _____

DATOS FAMILIARES

Esposa: _____ Fecha nacimiento: _____

Hijos: _____ Fecha nacimiento: _____

Por lo expuesto, solicito aceptar mi inscripción como socio activo, comprometiéndome a abonar mis cuotas por descuentos de planilla en conformidad a lo establecido en el artículo 6 del Estatuto de la asociación.

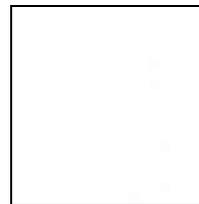
Callao, ____ de _____ del 20____

Firma: _____

Post firma: _____

Adjunto:

- Solicitudes de inscripción y descuentos.
- Resolución de baja.
- Peritaje médico.
- Fotocopias de CIP y DNI.
- Fotocopia de última boleta de pago.
- 01 fotografía tamaño carné
- Resolución de Conadis



HUELLA DIGITAL