



SOLICITUD DE BAJA DE SOCIO

Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña
(C.I.F.: G-45911120)

Centro Cívico Adolfo Suárez
Plaza de la Constitución, 45350,
Noblejas (Toledo).
administración@tea-mo.es

DATOS PERSONALES DEL TUTOR

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF/NIE:	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF/NIE:	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Centro de estudios	<input type="text"/>	

DATOS DE CONTACTO

Dirección	Núm.	Esc.	Piso	Letra
<input type="text"/>				
Código Postal	Población	Provincia		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Por el presente escrito SOLICITO:

Que siendo **SOCIO** de la Asociación Trastorno del Espectro Autista Mesa de Ocaña y deseando no continuar formando parte de la misma, solicito la **BAJA** en la asociación desde el presente día del beneficiario, informándoles que en caso de que realicen cargos a mi cuenta de la cuota asociativa, el importe será devuelto.

Que, como consecuencia de ello, les informo que **NO DESEO** recibir comunicación alguna por su parte y que con la presente ejerzo los derechos de oposición y cancelación de mis datos de carácter personal según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Que autorizo a que me realicen una última llamada para confirmar mi baja de la asociación.

El solicitante, padre, madre o tutor , a de de
Firma