

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

DIGNIDAD & COMPROMISO

FECHA DE AFILIACIÓN

DÍA

MES

AÑO

TIPO DE DOCUMENTO

TI

CC

PASS

CE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES

APELLIDOS

EDAD

GÉNERO

PAÍS DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO

CIUDAD O MUNICIPIO

TELÉFONO

CORREO

Con mi firma manifiesto que he leído el manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales y que autorizó de forma previa, expresa e informada el tratamiento de mis datos personales, incluido los datos sensibles como la huella, de acuerdo con lo señalado en el referido manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales.

FIRMA

HUELLA