

# 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

CUENTA CON ALGÚN  
TIPO DE DISCAPACIDAD

FÍSICA

VISUAL

AUDITIVA

COGNITIVA

MÚLTIPLE

NINGUNA

SELECCIONE  
INFORMACIÓN  
POBLACIONAL

INDÍGENAS

NEGRA,  
AFROCOLOMBIANA,  
PALENQUERO,  
RAIZAL

ROM

VICTIMAS

NINGUNA

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