



**ANA**  
ASOCIACIÓN  
NAVARRA DE  
AUTISMO

**Asociación Navarra de Autismo**

Monasterio Urdax 36, 1º B  
31011 Pamplona  
e-mail: [info.ana@autismonavarra.com](mailto:info.ana@autismonavarra.com)  
Fax: 948 25 22 22 Teléfono: 630 755 519  
[www.autismonavarra.com](http://www.autismonavarra.com)

A rellenar por ANA:  
ASOCIADO

SOCIO COLABORADOR

**INSCRIPCIÓN SOCIOS FAMILIARES Y SOCIOS COLABORADORES**

|                  |                        |                       |
|------------------|------------------------|-----------------------|
| Nombre:<br>_____ | 1er Apellido:<br>_____ | 2º Apellido:<br>_____ |
|------------------|------------------------|-----------------------|

|   |
|---|
| Natural de _____ provincia de _____   |
| DNI/Pasaporte nº _____ letra _____ expedido en _____  |
| Dirección _____ C.P. _____  |
| Localidad _____ Provincia _____ Teléfono fijo _____   |
| Teléfono móvil _____ E-mail _____   |
| <input checked="" type="radio"/> SÍ / <input type="radio"/> NO Autorizo a ANA a que me envíe información sobre sus actividades (subrayar o señalar la opción elegida) |

**Datos de la persona con autismo (en su caso):**

|                  |                        |                       |                            |
|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Nombre:<br>_____ | 1er Apellido:<br>_____ | 2º Apellido:<br>_____ | Fecha nacimiento:<br>_____ |
|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|

**Relación con persona con autismo (SEÑALAR con una X):**

|                            |                               |                             |                               |                                   |                                       |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hijo | <input type="radio"/> Hermano | <input type="radio"/> Nieto | <input type="radio"/> Sobrino | <input type="radio"/> Repr. Legal | <input type="radio"/> Otros (indicar) |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

**En caso de separación (SEÑALAR con una X):**

|   |                                      |                                      |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Custodia compartida | <input type="radio"/> Custodia padre | <input type="radio"/> Custodia madre |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|

Por la presente y hasta nueva orden, doy mi autorización para que sean abonados trimestralmente los recibos que la Asociación Navarra de Autismo establezca a mi nombre por \_\_\_\_\_ Euros (cuota mínima 25 euros trimestrales). Dichos pagos serán cargados en mi C.C.C.:

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado: