



# Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y Adolescente Fundación Alicia Koplowitz

## SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO/A DE NÚMERO

### 1. Datos de contacto (obligatorios)

D/Dña.....mayor de 18 años

Con D.N.I.....

Con título de.....

Que desempeña en (Centro Trabajo).....

.....

Con domicilio particular en.....

Población..... C.P..... Provincia/País.....

TF. Contacto.....Email.....

Autorizo recibir información sobre proyectos y eventos educativos, científicos, clínicos, culturales, de orientación vocacional y de empleo, por cualesquiera medios, incluidos medios electrónicos.....**SI/NO**.

### 2. Currículum Vitae (se ruega adjuntar breve CV)

### 3. Vinculación con la Fundación Alicia Koplowitz en materia de Salud Mental del Niño y Adolescente

Seleccione la(s) opción(es) apropiada(s)

	Especifique centro y año
<input type="checkbox"/> Becario/a – Beca de 2 años de formación avanzada en psiquiatría/psicología del niño y adolescente.	..... ..... ..... .....

---

Becario/a – Beca de 6 meses de estancia corta de especialización en psiquiatría/psicología del niño y adolescente y neurociencias.

.....  
.....  
.....  
.....

---

Especifique proyecto, IP, centro y año

Investigador/a principal o co-investigador/a – Proyecto de investigación de 2 años en salud mental del niño y adolescente.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

Especifique función, centro y año

Otros profesionales vinculados a la Fundación Alicia Koplowitz (tutor/a, evaluador/a y/o miembro de comités científicos)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**El abajo firmante solicita su ingreso como socio/a de número en la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y Adolescente Fundación Alicia Koplowitz.** Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta Directiva. La firma de esta solicitud implica el conocimiento y aprobación de los Estatutos de la Asociación que se me han puesto a disposición a tal efecto.

A tal efecto les acompaño la siguiente documentación:  
- Fotocopia del DNI  
- Autorización para la domiciliación bancaria del pago de la cuota social **(60.00€ anuales en un solo pago)**

Los datos personales facilitados en este documento y sus adjuntos así como los que se generen en su condición de socio/a (en su caso), serán sometidos a tratamiento bajo la responsabilidad de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y Adolescente, Fundación Alicia Koplowitz (e incorporados a ficheros de su titularidad), para (i) analizar esta solicitud y someterla a aprobación por la Junta Directiva y, si es aceptada, para la gestión y control de la relación de asociación, (ii) el cumplimiento de sus deberes legales; y (iii) si así lo hubiera autorizado en este documento, para la remisión de información sobre proyectos y eventos educativos, científicos, clínicos, culturales, de orientación vocacional y de empleo por cualesquiera medios, incluidos los electrónicos. El titular podrá solicitar el acceso, la rectificación, cancelación y oposición (en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/99, de Protección de Carácter Personal) mediante escrito dirigido a asociacion\_de\_cientificos@fundacionaliciakoplowitz.org, acreditando su identidad.

(Fecha y firma)