

Datos personales

Nombre y apellidos del/la solicitante		D.N.I.	
Fecha de nacimiento	Sexo	Municipio	
Dirección		Correo Electrónico	
¿Vive solo/a? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Tiene incapacidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de ayuda necesita?	
¿Hace uso de teléfono móvil? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Se comunica por WhatsApp? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Hace uso de alguna red social? Twitter <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/>		Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono Fijo
Programas/Talleres solicitados:			

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado _____

Autorizo para el uso de la imagen personal con fines publicitarios del programa Mayores en Acción.