



Subvencionado por:



injuve

FORMULARIO DE ASISTENCIA DE LAS FEDERACIONES MIEMBRO DE LA CNSE

VI CONSEJO DE JUVENTUD SORDA DE LA CJS-CNSE 7 al 9 de junio, en Zaragoza

Dña. /D.: _____

Presidenta/e de la Federación o Asociación territorial de:

CERTIFICA

Que nuestra Comunidad Autónoma, estará representada en el VI Consejo de Juventud Sorda de la CJS-CNSE que se celebrará en los días de 7 al 9 de junio de 2024, por:

Representantes de la Federación (dos representantes por Federación):

Dña. /D.: _____

Asociación: _____

D.N.I./N.I.E.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dña. /D.: _____

Asociación: _____

D.N.I./N.I.E.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Listas de espera:

Dña. /D.: _____

Asociación: _____

D.N.I./N.I.E.: _____

Fecha de nacimiento: _____

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales facilitados en el formulario serán incorporados a los ficheros de titularidad de la Confederación Estatal de Personas Sordas para su tratamiento informático en referencia al VI CONSEJO DE JUVENTUD SORDA de la CJS-CNSE. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a la dirección C/ Islas Aleutianas, 28 - 28035 Madrid.

C/ Islas Aleutianas, 28 • 28035 Madrid • Telf.: 91 356 58 32 • Fax: 91 355 43 36 • juventud@cse.es • www.cse.es



Subvencionado por:



Dña. /D.: _____

Asociación: _____

D.N.I./N.I.E.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Y para que conste a los efectos oportunos, lo firmo y sello en _____,
a _____ de _____ de 2024.

Fdo.: Presidenta/e de la Federación
o Asociación Territorial (Sello entidad)