



# SOCIO COMÚN

SOLICITUD DE ALTA EN LA ASOCIACIÓN CHF

C/ Pirineos 55  
28040 - Madrid  
Tfno: 91 144 06 32  
Fax: 91 311 51 93  
e-mail: comunicacion@asociacion-chf.com  
www.asociacion-chf.com

## Datos personales

APELLIDOS: .....  
NOMBRE: ..... NIF: .....  
FECHA NACIMIENTO:..... ESTADO CIVIL: .....  
NOMBRE CÓNYUGE: .....  
DOMICILIO: .....  
CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: .....  
PROVINCIA: ..... TELÉFONO FIJO : .....  
TELÉFONO MÓVIL: ..... E-MAIL: .....

Nombre Hijo/a : ..... Edad: .....  
Nombre Hijo/a : ..... Edad: .....  
Nombre Hijo/a : ..... Edad: .....  
Nombre Hijo/a : ..... Edad: .....

Si el solicitante tiene a su cargo hijos menores de 21 años no emancipados, rellenar la declaración jurada en los términos que figuran al dorso.

## Datos laborales

EMPRESA: .....  
CARGO QUE OCUPA: .....

Descuento en nómina de la cuota para trabajadores ferroviarios

NÚMERO DE MATRÍCULA: .....

Si el solicitante trabaja en una empresa ferroviaria y desea que el importe de la cuota le sea retenida de la nómina, debe indicar su número de matrícula, en vez de rellenar los datos bancarios

## Datos bancarios

BANCO/CAJA: .....  
IBAN:ES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DOMICILIO: .....  
CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: .....  
PROVINCIA: .....

Contra los datos bancarios que figuran en este apartado, se cargará el cobro de la cuota mensual establecida

# SOLICITA

## el ingreso en la Asociación Colegio de Huérfanos de Ferroviarios como SOCIO COMÚN; AUTORIZO

a la entidad bancaria indicada en el anverso de esta Solicitud a cargar contra mi cuenta corriente los recibos que mensualmente pase al cobro la Asociación Colegio de Huérfanos de Ferroviarios, con domicilio en C/ Pirineos 55 , 28040 Madrid y CIF G-28255958 en concepto de cuota de Socio Común; o , en su caso, a la empresa ferroviaria a descontar de mi nómina la cantidad correspondiente a dicha cuota.

El solicitante y firmante del presente impreso queda informado de la incorporación de los datos personales facilitados a los ficheros automatizados en la Asociación CHF y de sus derechos de acceso, rectificación y oposición en los términos establecidos legalmente, dirigiéndose para ello a dicha Asociación, y autoriza expresamente el tratamiento de los datos directa y voluntariamente facilitados, a los efectos del mantenimiento y cumplimiento de la relación asociativa suscrita.

Asimismo, queda informado de la política de privacidad y protección de datos implantada en la Asociación COLEGIO DE HUERFANOS DE FERROVIARIOS cuyo detalle puede consultar en <https://www.asociacion-chf.com/aviso-legal-y-politica-de-privacidad/> y manifiesta su autorización para recibir de esta Asociación la comunicación de noticias, novedades o cualquier otra información relativa a ella.

## ACEPTO

los periodos de carencia establecidos para el disfrute de los servicios y prestaciones de la Asociación. Y a los efectos de ser incorporado como SOCIO COMÚN en la Asociación Colegio de Huérfanos de Ferroviarios

### PERIODOS DE CARENIA

- Prestaciones a los Huérfanos: 6 meses
- Hotel La Estación de Luanco y otros servicios de ocio: 6 meses
- Residencia de Estudiantes: 3 años.
- Residencia Tercera Edad: 10 años
- Proyecto Educativo: 3 años

Con carácter concreto el Consejo de Administración puede fijar mayores periodos de carencia según las condiciones del Socio Común.

En ..... a ..... de ..... de .....

(Firma del solicitante)

Los abajo firmantes, como Socios de Número que son del Colegio de Huérfanos de Ferroviarios, AVALAN la presente solicitud de ingreso de

D/Dña: .....

--	--	--

1º Apellido ..... 1º Apellido ..... 1º Apellido .....

2º Apellido ..... 2º Apellido ..... 2º Apellido .....

Nombre ..... Nombre ..... Nombre .....

NIF ..... NIF ..... NIF .....

(Cumplimentar sólo en caso de que el solicitante tenga a su cargo hijos menores de 21 años no emancipados)

En cumplimiento de lo expuesto en el capítulo segundo, artículo siete, apartado c) de los vigentes estatutos:

# DECLARO

no hallarme en situación legalmente reconocida de invalidez permanente en cualquiera de sus grados, ni en trámites para su reconocimiento.

no haber sido intervenido quirúrgicamente. En caso contrario especificar Intervención y Causas: .....

no haber padecido patologías que hayan supuesto hospitalización. En caso contrario, indicar Duración y Diagnóstico: .....

(Firma del solicitante)