



Apellidos \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
Titulación académica \_\_\_\_\_  
Centro Universitario \_\_\_\_\_  
Fecha de Alta en la APR (si se recuerda) \_\_\_\_\_  
Nº en el Registro Profesional de Periodistas \_\_\_\_\_  
Situación laboral    Jubilado    Activo \_\_\_\_\_    Desempleado \_\_\_\_\_  
Empresa \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono de la empresa \_\_\_\_\_  
Otras colaboraciones periodísticas \_\_\_\_\_  
Dirección particular \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_    Población \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_    Correo-e \_\_\_\_\_  
Tipo de cuota: Desempleado \_\_\_\_\_    Activo \_\_\_\_\_    Cuota especial \_\_\_\_\_  
Domiciliación bancaria \_\_\_\_\_  
Solicita su inclusión en bolsa de empleo    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

\* Imprescindible rellenar para asociados beneficiarios del Convenio Médico

**CONVENIO MÉDICO**

Titular \_\_\_\_\_

Nº Seguridad Social \_\_\_\_\_

Beneficiarios (es necesario adjuntar fotocopia de las tarjetas sanitarias) :

| Nombre | Fecha Nacimiento | Parentesco |
|--------|------------------|------------|
| _____  | _____            | _____      |
| _____  | _____            | _____      |

De acuerdo con la L.O.P.D. le informamos que los datos solicitados en este documento pasarán a formar parte de los ficheros de la ASOCIACIÓN DE LA PRENSA DE LA RIOJA, en calidad de responsable de los mismos, y frente a quien puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a dicha Asociación. La finalidad del fichero es la gestión administrativa general de la Asociación, tramitación de las solicitudes de asociación, gestión económica y contable y comunicación informativa de las actividades, eventos, cursos y cualesquiera otros actos o cuestiones que puedan ser de su interés, organizadas bien por la Asociación o bien por terceros. Ud. autoriza expresamente que le sean remitidas dichas comunicaciones por cualquiera de las vías de contacto que nos haya proporcionado. Si no desea recibir las marque la casilla . En cualquier momento podrá revocar este consentimiento mediante comunicación hecha a la Asociación. Todos los datos solicitados son obligatorios, y su no cumplimentación puede suponer la no tramitación de la solicitud realizada. Autoriza expresamente la comunicación de sus datos, en todo caso los imprescindibles, a la Federación de Asociaciones de Periodistas de España. En el caso de proporcionar datos de terceros, el solicitante declara haberles informado previamente de lo contenido en esta cláusula.