



C/ López de Hoyos, 155 2ª 1  
28002 Madrid  
Tlf. 91 701 49 00  
Fax 91 521 94 38  
www.ichh.net

COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA  
"ALETANDO FUTUROS"

# SOLICITUD DE ALTA SOCIOS

1ª Toma posesión  Incorporación a nuevo destino  Otros

## DATOS PERSONALES

DNI:		Nombre y apellidos del solicitante:					
Domicilio:				Localidad:			
Cód. Postal:	Provincia:	Correo electrónico:			Tel./móvil:		
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Discapacidad: Sí _____ No _____		Porcentaje y tipo de discapacidad		
Centro Trabajo:		Dirección Trabajo:			Correo electrónico Trabajo		
Localidad:	Cod. postal:	Provincia:	Teléfono:		Grupo:		
DNI Cónyuge:		Nombre y apellidos del cónyuge:			Fecha de nacimiento de cónyuge:		
Nombre y apellidos primer hijo:		DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:		
Nombre y apellidos segundo hijo:		DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:		
Nombre y apellidos tercer hijo:		DNI:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Discapacidad: SI: NO: %:		

## DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA

### Altas Funcionarios o contratados laborales fijos:

- 1ª Toma de posesión o Certificado que justifique condición de funcionario de carrera o laboral fijo en Centros de la Hacienda Pública
- Documento justificativo de incorporación a nuevo destino en su primer traslado

### Altas Cónyuges:

- Fotocopia del libro de Familia o documento oficial acreditativo de la vinculación familiar con el socio.

## DATOS BANCARIOS

Cód. IBAN: ES \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Código BIC: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR, CUMPLIMENTE LAS SIGUIENTES CASILLAS

- Declaro que, en el momento de realizar mi inscripción al Colegio de Huérfanos de Hacienda, no padezco patología físico o mental alguna que contradiga lo establecido en las Normas Internas de Funcionamiento (Norma 26ª).
- En caso contrario, indicar patología o enfermedad crónica que padece y fecha de diagnóstico.  
\_\_\_\_\_
- Declaro pertenecer a la Asociación Profesional del ámbito de la Hacienda Pública y de la Economía del Estado siguiente:  
\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_  
(indicar la Asociación) (indicar la fecha desde cuando pertenece)
- Con la firma de este impreso acepto la normativa interna del Colegio de Huérfanos de Hacienda, la veracidad de los datos declarados en este impreso y abonar las cuotas al Colegio de Huérfanos de Hacienda, al menos hasta cubrir el valor de las promociones recibidas.

....., a ..... de ..... de.....

**Firma del solicitante**

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA, C/ LOPEZ DE HOYOS, 155 2º 1, CP 28002, Madrid (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).



[socios@ichh.net](mailto:socios@ichh.net)

[www.ichh.net](http://www.ichh.net)