**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Datos Personales**

Nombre y Apellidos DNI

Dirección Población CP

Provincia Fecha nacimiento / /

Teléfono (opcional)

e-mail

**Información adicional** Por favor, responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tipo de trastorno de ansiedad tienes?

2. ¿Qué síntomas de ese trastorno te afectan más?

3. ¿Sigues algún tratamiento psicológico o farmacológico?

4. ¿Cómo has encontrado nuestra Asociación? ¿en qué medio de comunicación, página web,

grupo de Facebook u otra red social, por recomendación de otra persona…?

Solicito que se proceda a tramitar mi afiliación a la Asociación AMTAES. Como socio tendré derecho a participar en todas sus actividades de acuerdo con los Estatutos.

**Fecha de Cumplimentación**

 / /

**Envia documento a:**

Firma aquí:

**Asociación AMTAES**

*amtaesasociacion@gmail.com*