

APOYO A LA TRANSFORMACIÓN DE CENTROS OCUPACIONALES

Compromiso de aceptación de participación en el proyecto de FEAPS ‘Los servicios COs que queremos’

↓Nombre de la entidad			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Federación a la que pertenece			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Nombre del Centro Ocupacional			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Dirección completa del Centro Ocupacional			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Nombre, apellidos y cargo del responsable legal de la entidad que firma la solicitud			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Nombre y apellidos del director o directora del Centro Ocupacional			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Nombre y apellidos de la persona responsable del equipo de proyecto y titulación			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Mail:	Haga clic aquí para escribir texto.		
Teléfono y horario de contacto:	Haga clic aquí para escribir texto.		
↓Nombres de los integrantes del equipo de proyecto y grupo de interés al que pertenece (persona con discapacidad intelectual o del desarrollo, familiar, profesional, responsable, voluntario...)			
Nombre	Grupo de interés		
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		
↓Observaciones (si las hubiera)			
Haga clic aquí para escribir texto.			
↓Datos del Centro Ocupacional a fecha actual			
Número de personas atendidas	Número de profesionales en total (incluyendo administración y servicios)	Número de voluntarios para el centro (si los hay)	Año de creación
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
↓Participación en concurso de buenas prácticas en autodeterminación IDOCAL			
Aceptamos participar en este concurso (indicar Sí o No):		Haga clic aquí para escribir texto.	

Nombre y firma de la dirección del Centro Ocupacional para evidenciar el apoyo al proyecto

Nombre Haga clic aquí para escribir texto.

Firma

Nombre, fecha y firma del responsable legal y sello de la entidad para evidenciar el apoyo al proyecto

Nombre Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha (haga clic→): 01/06/2015

Firma

Enviad esta página, o bien escaneada o bien por correo ordinario, a vuestra federación FEAPS (At. Responsable Transformación), antes del día 30 de junio de 2015.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos facilitados en el presente formulario serán incorporados a ficheros de gestión de las Federaciones y Asociaciones Autonómicas de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo - FEAPS (accesibles sus direcciones y datos de identificación en <http://www.feaps.org/donde-estamos/feaps-en.html>), que tienen por finalidad la gestión integral de proyectos.

Le informamos expresamente que sus datos serán comunicados a la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo - FEAPS para la finalidad de gestión integral de Proyectos, así como para la realización de acciones de información y comunicación por distintos medios (electrónicos, postales).

Podrá ejercitar en cualquier momento el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento, a través de comunicación postal, adjuntando copia de su DNI, en la siguiente dirección: FEAPS. C/General Perón núm.32. 28020 Madrid, así como en las direcciones postales de cada una de las Federaciones Autonómicas y Asociaciones de FEAPS.