|  |  |
| --- | --- |
| **SOCIO** | **SOLICITUD CAMBIO ADSCRIPCIÓN** |
| Número | Tipo |

|  |
| --- |
| ***1. Datos personales*** (\*) **CAMPOS OBLIGATORIOS** |
| Nombre (\*) |  | Apellidos (\*) |
|  |
| Domicilio (\*) |  | Código Postal (\*) |
|  |
| Población (\*) |  | Provincia (\*) |
|  |
| ***2. Datos Profesionales*** |
| Cuerpo policial / Entidad (\*) |  | Provincia - Población laboral (\*) |
|  |
| ***3. Adscripción*** |
| Comunidad actual (\*) |  | Agrupación actual, si procede |
|  |
| Comunidad de destino (\*) |  | Agrupación de destino, si procede |
|  |
| Motivo (\*) |

**Teniendo en cuenta lo especificado anteriormente y de acuerdo en lo expuesto,**

X

***CONSIENTO EXPRESAMENTE Y AUTORIZO el cambio de adscripción por los motivos expresados***

*Firma del socio que solicita el cambio Lugar y fecha:*