

SOLICITUD DE AFILIACIÓN												DIA	MES	AÑO				
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO									
TIPO DE DOCUMENTO			NUMERO DE DOCUMENTO			FECHA DE EXPEDICIÓN			CIUDAD			FECHA DE NACIMIENTO						
C.C			T.I.			C.E.												
Género		M	F	OTRO:			LUGAR DE NACIMIENTO											
NIVEL EDUCATIVO				PROFESIÓN				OCUPACIÓN										
LUGAR DE RESIDENCIA.																		
DIRECCIÓN			DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			BARRIO/LOCALIDAD/VEREDA/RESGUARDO									
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR										
FECHA DE RENUNCIA OTRO PARTIDO:																		

Acepta ser notificado por medio de correo electrónico registrado en este formulario SI NO

Manifiesto mi voluntad expresa y libre de afiliarme al MOVIMIENTO POLITICO ALIANZA DEMOCRATICA AFROCOLOMBIANA , acatar los estatutos, la plataforma ideológica, el Código de Ética del Partido y me comprometo a contribuir con mi trabajo a la construcción de una opción de poder político alternativo y democrático participativo en nuestro país. Manifiesto, además, que conozco y acepto el uso y el tratamiento de mis datos personales y autorizo al partido para que sean ingresados a su base de datos atendiendo lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma:	
---------------	--

DIA	MES	AÑO
firma responsable:		

www.partidoada.org

partidoada@gmail.com

[Cel: 3204601173](tel:3204601173)

Av. 3 Norte # 21 – 29 Cali – Valle

www.partidoada.org

partidoada@gmail.com

[Cel: 3204601173](tel:3204601173)

Av. 3 Norte # 21 – 29 Cali – Valle