



FEDERACIÓN
DE ASOCIACIONES
DE LA PRENSA
DE ESPAÑA

SOLICITUD DE INSCRIPCION



Don/Doña _____

Datos personales

Natural de _____ (_____)

Fecha de nacimiento _____ DNI _____ Estado Civil _____

Domicilio _____

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

Teléfono domicilio _____ Teléfono trabajo _____

Teléfono móvil _____ E-mail _____

Posee el título de _____

obtenido el año _____ en _____

En su condición de miembro de la Asociación de la Prensa de

SOLICITA

la inscripción en el **REGISTRO DE PERIODISTAS DE LA FAPE**, a cuyo efecto acompaña una fotografía tamaño carné y la fotocopia del DNI (anverso y reverso).

_____, de _____ de _____

Firma del solicitante

El solicitante se compromete a observar el Código Deontológico de la FAPE.