

## Datos personales

<b>Nombre:</b>	
<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido:</b>
<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Lugar de nacimiento (municipio, provincia, país)</b>
<b>DNI</b>	<b>Válido hasta (dd/mm/aaaa)</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> <b>Mujer</b> <input type="checkbox"/> <b>Hombre</b>	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero o soltera <input type="checkbox"/> Separado o separada <input type="checkbox"/> Viudo o viuda <input type="checkbox"/> Casado o casada <input type="checkbox"/> Divorciado o divorciada <input type="checkbox"/> En pareja

<b>Algún tipo de discapacidad</b>	<b>Tipo discapacidad:</b> _____
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí*	<b>Grado de discapacidad:</b> _____ %
<b>Ocupación</b>	
<input type="checkbox"/> Estudiante: (estudios) _____ (Centro) _____	
<input type="checkbox"/> Trabajando: _____ (Empresa) _____	
<input type="checkbox"/> En paro	

<b>Domicilio</b> (calle, plaza, avenida, etc)	<b>nº</b>	<b>escalera</b>	<b>portal</b>	<b>piso</b>
<b>Población</b>	<b>Provincia</b>		<b>Código Postal (CP)</b>	
<b>País</b>	<b>Nacionalidad</b>			

<b>Teléfono casa</b>	<b>Teléfono móvil</b>
<b>Correo electrónico</b>	