 

 Asociación Argentina de Profesionales

 de la Discapacidad Visual

**Primera Convocatoria**

**XXIV JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGÍA**

**Homenaje al CORO POLIFÓNICO NACIONAL DE CIEGOS**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

### Solicito mi inscripción a las XXIV Jornadas Argentinas de Tiflología

Nombre y Apellido: ................................................................................................

DNI N°: ..................................................................................................................

Domicilio: ...............................................................................................................

Localidad: ........................................ Provincia: ....................................................

Teléfono:............................ Fax:....................................E-mail:..............................

**En caso de pertenecer a una institución**:

Nombre de la entidad:............................................................................................

Cargo:.....................................................................................................................

Domicilio: .................................................................................................................

Teléfono:................................ Fax:..........................E-mail: ....................................

### Datos complementarios

Vidente:........................Ciego:............................ Disminuido Visual:.......................

Necesita acompañante: Sí ................. No .................

Socio de ASAERCA: Sí................... No.................