**SOLICITUD DE ADHESIÓN A LA ALIANZA DE SALUD COMUNITARIA**

*[NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE]*, en representación de *[NOMBRE DE LA ENTIDAD]*

**DECLARA QUE LA CITADA ENTIDAD:**

Trabaja en el campo de la salud comunitaria tal y como describe a continuación, *(BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ENTIDAD)*

Asume plenamente la carta de principios y compromisos suscritos por las entidades que forman parte de la Alianza de Salud Comunitaria.

Está interesada en adherirse al Protocolo de Intenciones para el Desarrollo de una Alianza de Salud Comunitaria para el desarrollo de una red de actividades comunitarias y de activos en salud.

Expresa su conformidad con todas las cláusulas recogidas en el mismo, y mediante este documento

**SOLICITA**

A la Comisión Mixta de la Alianza de Salud Comunitaria, considere su petición de entrar a formar parte de dicha Alianza

Fecha

Firma de la persona responsable de la Entidad