

Solicitante

PROVINCIA:	LOCALIDAD:
------------	------------

CÓDIGO VOLUNTARIO	*DNI / PASAPORTE / NIE	
*Nombre	*Apellidos	
*Fecha de nacimiento	Sexo	H / M
Lugar de Nacimiento	Provincia	País
*Dirección	*C.P.	
*Municipio	*Provincia	
* e-mail	Tel Fijo	*Móvil

La Asociación DOLFA de niños/as, adolescentes y jóvenes con enfermedades del grupo de SSC, es titular del fichero de datos personales de voluntarios registrado en la Agencia de Protección de Datos. Salvo su contestación en contra se entiende que Ud. consiente que los datos que nos facilita voluntariamente para la solicitud/ formulación y mantenimiento de su inscripción, sean incorporados al fichero y tratados automáticamente, así como su utilización en todas aquellas actividades y acciones en las que intervenga la Asociación. Queda informado que podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación y oposición dirigiendo un escrito a: Asociación DOLFA. C/ Conde de la Marquina nº 1, 3º H. CP 11100 San Fernando. Cádiz. España

Firma del solicitante: _____

Fecha solicitud:	Modo de Solicitud:	Persona que lo/a Fichó:
Fecha Aviso Inicio:	Hora:	Persona Contacto:
Programa Voluntariado:	Fecha Inicio:	Fecha Fin:

Voluntario/a - datos complementarios

Estado civil:	Nº Hijos:	
*Estudios realizados:		
*Formación complementaria:		
*Profesión / empleo:	*Carnet conducir (Tipo):	
Situación Laboral:	Empresa en que trabaja:	
Idioma 1:	Nivel:	Redes Sociales:
Idioma 2:	Nivel:	Web:

Pertenece a DOLFA <input type="checkbox"/>	Pertenece a otra Asociación <input type="checkbox"/>	Nombre:	*Autorización Paterna <input type="checkbox"/>
Mantener informado/a <input type="checkbox"/>	Enfermo/Familiar SFC <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> SQM <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/>	Profesional SALUD <input type="checkbox"/>	Educador <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

*Disponibilidad y Horarios:	*Programas en los que desea colaborar (orden de preferencia)																
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>L</td> <td>M</td> <td>X</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>Horario</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		L	M	X	J	V	S	D	Horario								1.- _____ 2.- _____ 3.- _____
	L	M	X	J	V	S	D										
Horario																	

El/la abajo firmante solicita el ingreso como voluntario/a de Asociación DOLFA, comprometiéndose a cumplir lo establecido en los Principios, Fines, Estatutos y Reglamento de la Institución, así como los servicios y actividades que le puedan ser encomendados, con absoluto desinterés y sin retribución alguna, y cumpliendo los acuerdos establecidos en el Acuerdo de Confidencialidad.

Fecha y lugar de Alta: en _____ a _____ de _____ de 20__

*Firma Autorizando (Padre / Madre / Tutor): _____ Firma: _____