|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **FICHA DE SOLICITUD DE VOLUNTARIADO** |

**1.- Datos de la persona interesada**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | | | | | | | |
| **Apellidos** |  | | | | | | | |
| **DNI /NIE** |  | **Sexo:** | | * Hombre | | * Mujer | | |
| **Nacionalidad** |  | | | **Fecha de nacimiento** | | | |  |
| **Teléfono1** |  | **Teléfono 2** | | | |  | | |
| **Correo electrónico** |  | | | | | | | |
| **Municipio de residencia** |  | | **Provincia de residencia** | | | |  | |
| **Formación** |  | | | | | | | |
| **Ocupación actual** |  | | | | | | | |
| **Certificado discapacidad:** | * SI | | | | * NO | | | |

**2.- ¿Le une relación con alguna persona con discapacidad intelectual o del desarrollo?**

Si No

**En caso afirmativo, por favor indique cuál:**

|  |  |
| --- | --- |
| Padre |  |
| Madre |  |
| Hermano |  |
| Otra relación familiar |  |
| Otra |  |

**3.- ¿Tiene experiencia como voluntario?**

Si No

|  |
| --- |
| En caso afirmativo, por favor indique brevemente |
|  |

**4.- Información sobre el tipo y lugar de voluntariado que desea realizar**

**a) Zona Geográfica**

|  |
| --- |
| Indique la zona de Madrid en la que por cercanía a domicilio u otros motivos le gustaría desempeñar su acción voluntaria |
|  |

**b) Disponibilidad horaria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAÑANA** | **TARDE** | **INDIFERENTE** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIARIO** | **FIN DE SEMANA** | **INDIFERENTE** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones |
|  |

**c) Actividades en las que me gustaría participar como voluntario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad en grupo** con personas con discapacidd intelectual o del desarrollo |  |
| **Actividad individual** de acompañamiento a una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo |  |
| **Voluntariado de acción indirecta** de apoyo a entidades de servicio |  |

**5.- Información de interés**

|  |
| --- |
| Sus gustos y aficiones son: |
|  |
| Las cosas que se le dan bien y en las que cree que podría aportar son: |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente tabla informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos: | | |
|  | | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS** | | |
|  | |  |
| **Responsable** | | Plena Inclusión Madrid |
| **Finalidad principal** | | Informar y orientar a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. |
| **Legitimación** | | Consentimiento del interesado |
| **Destinatarios** | | No se cederán los datos a terceros, salvo autorización expresa u obligación legal |
| **Derechos** | | Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los mismos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas |
| **Información Adicional** | | Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en <http://plenainclusionmadrid.org/politica-de-privacidad/> |
| **Data Protection Officer** | | Grupo Adaptalia Legal – Formativo S.L.  legal@grupoadaptalia.es |
|  | |  |
|  | Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico equivalente | |
|  |  | |
|  | Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal | |

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma