



PETICIÓN DE INFORMACIÓN DE VOLUNTARIADO

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:		DNI/Tarjeta Residencia/Pasaporte:	
Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			Nº: Piso:
C.P.:	Municipio:	Provincia:	
Tel.:		Horario de contacto:	
Correo-e:			

¿HA ACUDIDO USTED ANTERIORMENTE AL PUNTO DE INFORMACIÓN DE VOLUNTARIADO?

EN CASO NEGATIVO, ¿CÓMO HA CONOCIDO USTED ESTA OFICINA?

FORMACIÓN

SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/>	PRIMARIA/EGB <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>
BACHILLERATO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/>	FORMACIÓN PROFESIONAL <input type="checkbox"/>

OCUPACIÓN ACTUAL

EMPLEADO <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	PREJUBILADO/JUBILADO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

IDIOMAS

EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO

SI NO ASOCIACIÓN/ONG:

TIPO DE VOLUNTARIADO QUE DESEA REALIZAR

COMUNITARIO <input type="checkbox"/>	EUROPEO <input type="checkbox"/>	PUNTUAL <input type="checkbox"/>
CORPORATIVO/EMPRESARIAL <input type="checkbox"/>	GESTION DE ORGANIZACIONES <input type="checkbox"/>	SANITARIO <input type="checkbox"/>
CULTURAL <input type="checkbox"/>	INTERNACIONAL AL DESARROLLO <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/>
DEPORTIVO <input type="checkbox"/>	MEDIOAMBIENTAL <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>
EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	OCIO Y TIEMPO LIBRE <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA COVID-19 <input type="checkbox"/>
EMERGENCIAS <input type="checkbox"/>	ON LINE <input type="checkbox"/>	

DESTINATARIOS

ADICCIONES <input type="checkbox"/>	EXCLUSIÓN SOCIAL/ RIESGO <input type="checkbox"/>	MENORES <input type="checkbox"/>
COLECTIVO LGTBI <input type="checkbox"/>	FAMILIAS <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>
DISCAPACIDAD FÍSICA/SENSORIAL <input type="checkbox"/>	INMIGRANTES <input type="checkbox"/>	PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/>
DISCAPACIDAD INTELECTUAL <input type="checkbox"/>	JÓVENES <input type="checkbox"/>	PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	MAYORES <input type="checkbox"/>	REFUGIADOS <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD MENTAL <input type="checkbox"/>	OTROS:	

