



SOLICITUD DE VOLUNTARIADO

Datos de la persona solicitante de voluntariado

Nombre:									
Apellidos:									
DNI/Pasaporte/NIE:					Sexo (H/M):				
Fecha de nacimiento:				Lugar, País de nacimiento:					
Estado civil:				Número de hijos:					
Domicilio:									
Nº		Portal:		Escalera:		Piso:		Puerta:	
Código postal:			Localidad/ Municipio:				País:		
Teléfono particular:				Teléfono móvil:					
Correo electrónico:									
Estudios realizados:									
Formación complementaria:									
Profesión:				Situación laboral:					
Idiomas:				Nivel:					

DISPONIBILIDAD HORARIA (Marca con una X)

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							

Datos del padre, madre, tutor/a o representante legal de la persona solicitante de

Nombre:				Apellidos:			
Relación (padre, madre, tutor/a):							
Tipo de documento (DNI, Pas., NIE):			Nº de documento:			Sexo (H/M):	
Tel. Particular/Móvil:				Correo electrónico:			

El/la abajo firmante solicita el ingreso como voluntario/a de la Fundación Canaria Alejandro Da Silva contra la leucemia, 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante de voluntariado	Firma del padre, madre, tutor o representante legal (si procede)
--	---