



FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

DATOS ENTIDAD

NOMBRE (en español e inglés).....ASOCIACIÓN REY PELAYO.....
DOMICILIO SOCIALPABLO IGLESIAS 18 2ºB
LocalidadAVILÉS..... **Teléfono**985564275..... **Correo-e**correo@reypelayo.org.....
PresidenteMª CRUZ GARCÍA MENES.....
CIFG33397365..... **Persona de Contacto**ALEJANDRO ALONSO GARCÍA..... **Página web**.....www.reypelayo.org...

PERFIL DE LA ENTIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL								
Ámbito actuación ACTIVIDAD	Tareas administrativas	<input checked="" type="checkbox"/>	Educativo	<input checked="" type="checkbox"/>	Medio Ambiental				
	Ocio y Tiempo Libre	<input checked="" type="checkbox"/>	Sensibilización	<input checked="" type="checkbox"/>	Cooperación al desarrollo				
	Sanitario		Social	<input checked="" type="checkbox"/>	Derechos Humanos				
Sector POBLACIÓN al que va dirigido	Infancia y Juventud		Mayores		Presos/expresos				
	Mujer		Inmigrantes		Drogodependientes				
	Personas con Discapacidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Personas sin hogar		Otros				
DURACION DE LA ACTIVIDAD	Fecha inicio:	TEMPORALIDAD ACTIVIDAD							
	Fecha finalización:	<input type="checkbox"/>	Permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curso escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puntual
LUGAR REALIZACIÓN	Municipio: AVILÉS								
	Dirección: PABLO IGLESIAS 18 2ºB								

PERFIL PERSONA A DESARROLLAR ACCIÓN VOLUNTARIA

Titulación/Estudios	PEDAGOGÍA/MAESTRO													
Idiomas (Si es necesario: Indicar idioma y nivel de conocimiento)	Inglés	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>						
	Francés	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>						
	Otros:	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>						
Carné de conducir	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Tipo							
Habilidades y conocimientos	ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL													
Tiempo y horario de la actividad	Días (especificar días de la semana de dedicación)													
	<input checked="" type="checkbox"/>	Lunes	<input checked="" type="checkbox"/>	Martes	<input checked="" type="checkbox"/>	Miércoles	<input checked="" type="checkbox"/>	Jueves	<input checked="" type="checkbox"/>	Viernes	<input checked="" type="checkbox"/>	Sábado	<input checked="" type="checkbox"/>	Domingo
TIEMPO MÍNIMO DEDICACIÓN a la ACTIVIDAD		Horario (especificar las horas de prestación voluntaria)DE LUNES A VIERNES DE 9.30 A 16.30 Y SÁBADOS DE 16.00 A 20.00.....												
Actividades y tareas a realizar (Se puede señalar más de una)	<input checked="" type="checkbox"/>	APOYO PERSONAS DISC.				(Horas) 8	DÍAS	LUNES A VIERNES						
	<input checked="" type="checkbox"/>	OCIO PERS.DISC.				(Horas) 4	DÍAS	SÁBADO						
	<input type="checkbox"/>				(Horas)	DÍAS						
	<input type="checkbox"/>				(Horas)	DÍAS						
	<input type="checkbox"/>				(Horas)	DÍAS						
Observaciones														

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de datos 15/1999 de 13 de Diciembre, le informamos que los datos recogidos serán incluidos en un fichero de datos automatizado o no, propiedad y responsabilidad de Vicerrectorado de Estudiantes de UNIVERSIDAD DE OVIEDO para ser tratados con la finalidad de gestionar nuestras relaciones. Asimismo le informamos que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: c/ González Besada 13, 2ª planta, Oviedo; adjuntando fotocopia del DNI.

EnAVILÉS....., a ...2..... deAGOSTO..... de 2024.....

Fdo: ...Mª CRUZ GARCÍA MENES.....

Mª Cruz