



### FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

**DATOS ENTIDAD**

NOMBRE (en español e inglés)..... ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER  
 DOMICILIO SOCIAL ..... CIUDAD 26, 1.  
 Localidad ..... oviedo Telefono ..... Correo-e ..... asturias@aecc.es  
 Presidente ..... MARGARITA PUENTE DNI .....  
 CIF G-29.199564 Persona de Contacto ..... FRONICA Pagina web ..... aecc.es

**PERFIL DE LA ENTIDAD**

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	<u>VOLUNTARIADO HOSPITALARIO, COLABORACIONES PUNTALES EN EVENTOS etc.</u>					
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	<input checked="" type="checkbox"/>	Social	<input checked="" type="checkbox"/>	Derechos Humanos	
Sector POBLACIÓN al que va dirigido	Infancia y Juventud	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayores	<input checked="" type="checkbox"/>	Presos/expresos	
	Mujer	<input checked="" type="checkbox"/>	Inmigrantes	<input checked="" type="checkbox"/>	Drogodependientes	
	Personas con Discapacidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Personas sin hogar		Otros	
DURACION DE LA ACTIVIDAD	Fecha inicio:					TEMPORALIDAD ACTIVIDAD
	Fecha finalización:	Permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	Curso escolar	<input checked="" type="checkbox"/>	Puntual <input checked="" type="checkbox"/>
LUGAR REALIZACIÓN	Municipio:	<u>oviedo, G. 26, Avda...</u>				
	Dirección:					

**PERFIL PERSONA A DESARROLLAR ACCIÓN VOLUNTARIA**

Titulación/Estudios	<u>NO ES NECESARIO</u>												
Idiomas (Si es necesario: Indicar idioma y nivel de conocimiento)	Inglés	Bajo		Medio		Alto							
	Francés	Bajo		Medio		Alto							
	Otros: .....	Bajo		Medio		Alto							
Carné de conducir	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Tipo	.....							
Habilidades y conocimientos													
Tiempo y horario de la actividad	Días (especificar días de la semana de dedicación)												
	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
	Horario (especificar las horas de prestación voluntaria)												
	<u>14:00h - 18:00h</u>												
TIEMPO MÍNIMO DEDICACIÓN a la ACTIVIDAD													
Actividades y tareas a realizar (Se puede señalar más de una)	<input type="checkbox"/>	<u>ACOMPANIAMIENTOS Y ACUI-</u>	(Horas)		DÍAS								
	<input type="checkbox"/>	<u>DADES CON PACIENTES</u>	(Horas)		DÍAS								
	<input type="checkbox"/>	<u>- ACTIVIDADES DE OBSERVACIÓN</u>	(Horas)		DÍAS								
	<input type="checkbox"/>	<u>DE RECURSOS: COOPERACIÓN</u>	(Horas)		DÍAS								
	<input type="checkbox"/>	<u>CARRERA SOLIDARIA - -</u>	(Horas)		DÍAS								
Observaciones	<u>- ACTIVIDADES PUNTALES Y DE PREVENCIÓN</u>												

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.  
 En ..... oviedo ..... a ..... 5 de ..... Marzo ..... de 20.. 20

Fdo: