|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOLUNTARIO** | **Fecha………..** |  logotipo |
| **Apellidos:**  |
| **Nombre:**  |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES**  |
| Nombre y Apellidos |  |
| Fecha de nacimiento  |  | Edad |  | Lugar |  |
| País |  | Nacionalidad |  |
| Domicilio |  | Provincia |  | C.P. |  |
| Residencia actual |  | Estudios |  | Ocupación |  |
| Teléfono contacto |  | Correo electrónico |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OTROS DATOS DE INTERES** |
| Estudios |  | Profesión |  |
| ¿Conoces la parálisis cerebral? |  | Primeros Auxilios |  |
| ¿Has tenido contacto con personas con algún tipo de discapacidad? |  | Experiencia en Voluntariado ¿Dónde? |  |

|  |
| --- |
|  **DISPONIBILIDAD HORARIA** |
|  Mañanas Tardes Fines de semana  |

Observaciones: