	<b>Ficha de Voluntarios</b> Edición: 2ª Página 1 de 2	<b><u>C.R.I.S. Y C.DÍA ACOVA</u></b> C/ Lebón 5 Bajo 46023 Valencia Teléfono: 96.381 28 60 Fax: 96 323 75 59 acova@asociacionacova.org
---	---	---

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS (en la actualidad o finalizados): \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

<u>DATOS DEL MÓDULO</u>
TUTOR ACOVA: _____
INICIO DEL VOLUNTARIADO: _____
FIN DEL VOLUNTARIADO: _____
DISPONIBILIDAD DE HORARIO: _____
PREFERENCIA DE TALLERES: _____
_____

¿HAS REALIZADO EL CURSO DE FORMACIÓN EN ACOVA? SI  NO

En caso afirmativo indica el año de realización del mismo..... y las FUNCIONES que te sientes capacitado a realizar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENES ALGUN CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL? Indica cuál y porqué:

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

OTROS VOLUNTARIADOS. Especifica si has realizado otros voluntariados o acciones sociales y con qué colectivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<p><b>Ficha de Voluntarios</b> Edición: 2ª Página 2 de 2</p>	<p><b><u>C.R.I.S. Y C.DÍA ACOVA</u></b> C/ Lebón 5 Bajo 46023 Valencia Teléfono: 96.381 28 60 Fax: 96 323 75 59 <a href="mailto:acova@asociacionacova.org">acova@asociacionacova.org</a></p>
---	--	--

SE RUEGA APORTEN LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- FOTOCOPIA DNI
- FOTOGRAFIA TAMAÑO CARNÉ
- CURRÍCULUM

Fdo.

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal 15/1999 de 13 de diciembre se le comunica que sus datos serán incorporados a un fichero titularidad de ASOCIACION ACOVA. con C.I.F. G-97284723 y cuya finalidad es el tratamiento de los mismos con el fin de llevar a cabo la relación como personal en prácticas y/o en colaboración como voluntario.

Se le informa también que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI a la siguiente dirección: C/ Lebón 3 y 5 bajos 46023 Valencia