

INSCRIPCIÓN VOLUNTARIADO

Fecha primer contacto		Fecha alta	
Fecha entrevista		Fecha baja	

DATOS PERSONALES:

Nombre		Apellidos	
DNI	F. Nacimiento	Lugar de nacimiento	
Dirección		Localidad	CP
e-mail	Tfno 1	Tfno2	

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Estado civil:	N. hijos:
Estudios realizados:	Profesión/empleo:
Carnet de conducir:	Situación laboral:
Idiomas:	¿Es socio de AEMIF?

Disponibilidad:

	L	M	X	J	V	S	D
Mañana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tarde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Programas en los que desea colaborar (preferencia del 1 al 4):

De acompañamiento y tiempo de respiro	☐
De asistencia y apoyo a la autonomía personal	☐
Actividades de Sensibilización Pública	☐
Actividades del SAIPAP o C Día	☐

*¿Ha sido voluntario alguna vez? ¿Dónde?

*¿Por qué le gustaría ser voluntario?

¿Cómo nos conoció? (Marcar con X):

Un familiar o conocido ☐

Actividades sensibilización ☐

Otros: ☐

Redes sociales ☐

Centro Salud/Hospital ☐

El abajo firmante solicita el ingreso como voluntariado de AEMIF, comprometiéndose a cumplir lo establecido en la misión, visión, valores y reglamento de la asociación sin retribución alguna .

En.....,de.....de 20..

Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le comunicamos que sus datos personales forman parte de nuestra base de datos cuya finalidad es el mantenimiento de las relaciones derivadas de la realización de tratamientos fisioterapéuticos, psicológicos y trabajo social; elaboración de informes y estadísticas sobre tratamientos y enfermedades para control interno, así como la gestión administrativa de la asociación. El tratamiento es lícito en base a, al menos, una de las condiciones siguientes:

- a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos;
- b) el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales;
- c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Asimismo le notificamos la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles de esos datos, dirigiéndose a: Asociación de Esclerosis Múltiple de Ibiza y Formentera, C/ Aubarca 22, local 3, 07800-Ibiza, 07800-Ibiza (Balears), acompañando su solicitud con una copia de un documento oficial vigente que acredite su identidad.