



FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

DATOS ENTIDAD

NOMBRE .ASOCIACION PARA LA PREVENCION, REINSERCIÓN Y ATENCION DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP). **DOMICILIO SOCIAL** .PLAZA SANTIAGO LOPEZ, 1- 1º
Localidad . AVILÉS. **Teléfono** ...985512330..... **Correo-e** ...sedeasturias@apramp.org
Presidenta ...MARIA DEL ROCIO NIETO RUBIO. **DNI** 359278288
CIF ...G79414082 **Persona de Contacto** ...ESTHER RODRIGUEZ NOVAL... **Página web**...HTTPS://APRAMP.ORG

PERFIL DE LA ENTIDAD

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | Atención sociosanitaria dirigida a personas en contextos de prostitución y/o víctimas de trata con fines de explotación sexual | | | | | |
| Ámbito actuación ACTIVIDAD | Tareas administrativas | <input type="checkbox"/> | Educativo | <input type="checkbox"/> | Medio Ambiental | <input type="checkbox"/> |
| | Ocio y Tiempo Libre | <input type="checkbox"/> | Sensibilización | <input checked="" type="checkbox"/> | Cooperación al desarrollo | <input type="checkbox"/> |
| | Sanitario | <input checked="" type="checkbox"/> | Social | <input checked="" type="checkbox"/> | Derechos Humanos | <input type="checkbox"/> |
| Sector POBLACIÓN al que va dirigido | Infancia y Juventud | <input type="checkbox"/> | Mayores | <input type="checkbox"/> | Presos/expresos | <input type="checkbox"/> |
| | Mujer | <input checked="" type="checkbox"/> | Inmigrantes | <input type="checkbox"/> | Drogodependientes | <input type="checkbox"/> |
| | Personas con Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Personas sin hogar | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |
| DURACION DE LA ACTIVIDAD | Fecha inicio: 01/07/2018 | TEMPORALIDAD ACTIVIDAD | | | | |
| | Fecha finalización: 15/09/2018 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Permanente | <input type="checkbox"/> | Curso escolar | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Puntual | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LUGAR REALIZACIÓN | Municipio: AVILES | | | | | |
| | Dirección: PLAZA SANTIAGO LOPEZ, 1 -1º | | | | | |

PERFIL PERSONA A DESARROLLAR ACCIÓN VOLUNTARIA

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Titulación/Estudios | Grado enfermería, pedagogía, trabajo social, educación social, psicología, derecho | | | | | |
| Idiomas (Si es necesario: Indicar idioma y nivel de conocimiento) | Inglés | <input type="checkbox"/> | Bajo | <input type="checkbox"/> | Medio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Francés | <input type="checkbox"/> | Bajo | <input checked="" type="checkbox"/> | Medio | <input type="checkbox"/> |
| | Otros: PORTUGUES | <input type="checkbox"/> | Bajo | <input type="checkbox"/> | Medio | <input type="checkbox"/> |
| Carné de conducir | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | Tipo |
| | | | | | | |
| Habilidades y conocimientos | <ul style="list-style-type: none"> - Interés por el colectivo - Conocimientos sobre recursos sociosanitarios - Empatía, escucha activa, resolución de conflictos, capacidad de trabajar en equipo, flexibilidad, iniciativa | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> |
| | Domingo | <input type="checkbox"/> | Horario (especificar las horas de prestación voluntaria) | | | |
| | 10-14 y 16 a 19 h | | | | | |
| TIEMPO MÍNIMO DEDICACIÓN a la ACTIVIDAD | 2 horas/semana | | | | | |
| Actividades y tareas a realizar (Se puede señalar más de una) | <input checked="" type="checkbox"/> | Programa de Unidad Móvil | | (Horas) | 2 | DÍAS |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Apoyo cursos/talleres | | (Horas) | 2 | DÍAS |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Atención sociosanitaria | | (Horas) | 2 | 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 deMARZO..... de 20...18..

Fdo:

