



FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

DATOS ENTIDAD

NOMBRE (en español e inglés).....ASOCIACIÓN REY PELAYO...- ...King Pelayo

Associaton.....

DOMICILIO SOCIALPABLO IGLESIAS 18 2ºB

LocalidadAVILÉS..... **Telefono**985564275..... **Correo-e**correo@reypelayo.org.....

PresidenteMº CRUZ GARCÍA MENES..... **DNI**

CIFG33397365..... **Persona de Contacto**ALEJANDRO ALONSO GARCÍA..... **Pagina web**.....www.reypelayo.org...

PERFIL DE LA ENTIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL					
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		Social	<input checked="" type="checkbox"/>	Derechos Humanos	
Sector POBLACIÓN al que va dirigido	Infancia y Juventud		Mayores		Presos/expresos	
	Mujer		Inmigrantes		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	
LUGAR REALIZACIÓN	Municipio: AVILÉS		Puntual	<input type="checkbox"/>		
	Dirección: PABLO IGLESIAS 18 2ºB					

PERFIL PERSONA A DESARROLLAR ACCIÓN VOLUNTARIA

Titulación/Estudios	PEDAGOGÍA/MAESTRO					
Idiomas (Si es necesario: Indicar idioma y nivel de conocimiento)	Inglés		Bajo		Medio	
	Francés		Bajo		Medio	
	Otros:		Bajo		Medio	
Carné de conducir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo			
Habilidades y conocimientos	ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL					
Tiempo y horario de la actividad	Días (especificar días de la semana de dedicación)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
TIEMPO MÍNIMO DEDICACIÓN a la ACTIVIDAD	Horario (especificar las horas de prestación voluntaria)					
DE LUNES A VIERNES DE 9.30 A 16.30 Y SÁBADOS DE 16.00 A 20.00.....					
Actividades y tareas a realizar (Se puede señalar más de una)	<input checked="" type="checkbox"/>	___ APOYO PERSONAS DISC. _____		(Horas) <u>8</u>	DÍAS <u>LUNES A VIERNES</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	___ OCIO PERS.DISC _____		(Horas) <u>4</u>	DÍAS <u>SÁBADO</u>	
	<input type="checkbox"/>	_____		(Horas) _____	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 ...4..... deMARZO..... de 2020.....