



FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

DATOS ENTIDAD

NOMBRE (en español e inglés).....ASOCIACIÓN REY PELAYO.....
DOMICILIO SOCIALPABLO IGLESIAS 18 2ºB
LocalidadAVILÉS..... **Teléfono**985564275..... **Correo-e**correo@reypelayo.org.....
PresidenteMª CRUZ GARCÍA MENES.....
CIFG33397365..... **Persona de Contacto**ALEJANDRO ALONSO GARCÍA..... **Página 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		Puntual
LUGAR REALIZACIÓN	Municipio: AVILÉS					
	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		Alto
	Francés	Bajo		Medio		Alto
	Otros:	Bajo		Medio		Alto
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)					
	Lunes	<input checked="" type="checkbox"/>	Martes	<input checked="" type="checkbox"/>	Miércoles	<input checked="" type="checkbox"/>
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) 8 DÍAS LUNES A VIERNES				
	<input checked="" type="checkbox"/>	OCIO PERS.DISC (Horas) 4 DÍAS SÁBADO				
	<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 ...2..... deAGOSTO..... de 2024.....

Fdo: ...Mª CRUZ GARCÍA MENES.....

Mª Cruz