



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN VOLUNTARIO/A

DATOS PERSONALES DEL VOLUNTARIO/A

Nombre _____ Apellidos _____

DNI. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Nacionalidad _____

Dirección _____ Nº _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Tel. _____ Móvil _____ E-mail _____

Por correo electrónico recibirá la hoja informativa de carácter mensual de la entidad.

En caso de que desee recibirla por correo postal marque esta casilla .

Quiero colaborar con la Fundación Educación, Salud y Sociedad como **VOLUNTARIO/A**:

	DEDICACION	Puedo dedicar mi tiempo	
	Actividades con familias y jóvenes participantes	Num. de horas por semana	
	Formación de participantes	Fines de semana	
	Coordinación	Puntualmente	
	Sensibilización	Otros:	
	Otros:		

OTROS DATOS DE INTERÉS

¿ Cómo ha conocido el “ Programa Paciente Experto “ ?

Participante Familiares/Amigos Centro de Estudios Centro de trabajo

Publicidad (póster, tríptico, catálogo) Prensa, Radio, T.V. Internet Otros _____

Señale esta casilla en el caso que no desee que sus datos sean incluidos en un fichero autorizado confidencial para futuras comunicaciones exclusivamente para el “Programa Paciente Experto”. (Para consultas, rectificaciones o cancelaciones, sírvanse remitir un fax a la Fundación Educación, Salud y Sociedad 868 957575)

Por Favor, remitir esta hoja cumplimentada, por fax, E-mail o correo ordinario a:

Fundación Educación, Salud y Sociedad
Plaza Preciosa, nº 1 Entlo.
CP: 30008 Murcia
Tel.: 902027983 – Fax: 868957575
E-mail: info@pacienteexperto.org