



El cuidado paliativo  
inmenso amor por la vida

## Formulario de candidato del voluntario

|                                                                                                               |                          |                                         |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Nombre                                                                                                        |                          | Apellidos                               |                          |
|                                                                                                               |                          | Fecha de nacimiento                     |                          |
| Dirección                                                                                                     |                          |                                         |                          |
| Código Postal                                                                                                 |                          | Municipio                               |                          |
| Teléfono                                                                                                      |                          | Móvil                                   |                          |
| Correo electrónico                                                                                            |                          | DNI/NIE                                 | Idiomas                  |
| Profesión (último, presente)                                                                                  |                          | Contacto emergencia (nombre y teléfono) |                          |
| Breve descripción de por qué le gustaría ser voluntario y las destrezas y las experiencias que puede aportar. |                          |                                         |                          |
| Pasatiempos y aficiones.                                                                                      |                          |                                         |                          |
| ¿Dónde le gustaría ayudar?                                                                                    |                          |                                         |                          |
| Administración                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Recaudar fondos                         | <input type="checkbox"/> |
| Domicilio                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Mercadillo                              | <input type="checkbox"/> |
| Transporte del Paciente                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Centro del Día                          | <input type="checkbox"/> |
| Otro (Explica por favor): .....                                                                               |                          |                                         |                          |
| ¿Cómo nos conoció?                                                                                            |                          |                                         |                          |
| ¿Cuál es su disponibilidad?                                                                                   |                          |                                         |                          |



El cuidado paliativo  
inmenso amor por la vida

¿Tiene problemas de salud o discapacidad que debamos tener en cuenta para realizar su voluntariado?

No ☐ Si ☐

(Explica por favor)

¿Ha experimentado alguna pérdida personal en los últimos 2 años? (duelo, divorcio, trabajo)

Si es que sí, por favor da detalles incluyendo fechas aproximadas.

No ☐ Si ☐

#### Declaración

Estoy de acuerdo con las condiciones citadas en la Política de Confidencialidad.

Comprendo que es necesario asistir a clases para formarme como voluntario/a.

No conozco ninguna razón por la que no debería ser aceptado/a como voluntario/a.

.....(Firma)

..... (fecha)

#### Uso oficial:

| Entrevista                          | Fecha |
|-------------------------------------|-------|
| Manual del voluntario informado     |       |
| Acuerdo del voluntario firmado      |       |
| Acuerdo de confidencialidad firmado |       |
| Formación inicial                   |       |
| Formación específica al rol         |       |

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Asociación Girasol, le informa que sus datos personales obtenidos mediante el relleno de este formulario van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad uso administrativo, estadístico, y el envío de información.

Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, dirigiendo un escrito a la Asociación Girasol, Pza. de la Constitución s/n (Edif. Lucas Maireles), Alameda 29530, Málaga.