|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fotografía  **FICHA DE INSCRIPCIÓN MONITOR CAMPAMENTOS**  **FUNDACIÓN MANUEL MARÍA VICUÑA**  Nº. Inscripción:  Alta:  Baja:  **Información personal:** | | | | | | |
| **Primer Apellido:** | | **Segundo Apellido:** | | | **Nombre:** | |
| **Fecha de Nacimiento:** | | **Lugar:** | | | **Nacionalidad:** | |
| **Sexo:  Hombre  Mujer** | | **DNI o Pasaporte:** | | | **Fecha de caducidad:** | |
| **Domicilio:** | | | | | **Código Postal:** | |
| **Población:** | | **Provincia:** | | | **Teléfono fijo:** | |
| **Email:** | | | | | **Teléfono móvil:** | |
| **Estudios realizados o que realiza:**   * **Primarios  Secundarios  Profesionales  Universitarios** | | | | | **Profesión:** | |
| **Situación laboral:**  **Estudiante  Trabaja  Desempleado  Jubilado** | | | | | **Idiomas que habla:** | |
| **Experiencia de Voluntariado:**  **Sí  No** | | **Organismo:** | | | **Carnet de conducir:  Sí  No** | |
| **Casa de procedencia de las Religiosas de Mª Inmaculada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Obra apostólica de procedencia**  **Residencia  Centro Social  Colegio  Centro Juvenil  Molavim  otros\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Finalidad por la que desea participar en los campamentos RMI:** | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:**   * Quinta Asunción - 2 al 12 de julio- Prejuveniles 11 a 14 años * Bañobre -16 al 26 de julio- Juveniles de 14 a 17 años | | | | | | |
| **El monitor se compromete a:**   * Cumplir con los compromisos adquiridos con la organización, respetando los fines, su normativa y los objetivos concretos de cada actividad. * Guardar confidencialidad de la información recibida en el desarrollo de su actividad. * Rechazar cualquier contraprestación material o económica. * Respetar los derechos y la cultura de los beneficiarios y actuar de forma diligente y solidaria. * Participar en los momentos de oración, formación, eucaristías y actividades programadas. * Seguir las instrucciones de las hermanas según los fines que se persiguen en el desarrollo de las actividades. * Actuar de forma diligente, coordinada, responsable y solidaria. * Respetar y cuidar los recursos materiales que pongan a su disposición las Religiosas de Mª Inmaculada. * Participar activamente en la actividad en la que presta sus servicios. | | | | | | |
| **INFORMACIÓN SANITARIA** | | | | | | |
| **Datos médicos de interés:** | | | | | | |
| **Enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia, depresión...):** | | | | | | |
| **Enfermedades recientes:** | | | | **Medicación/posología:** | | |
| **Alergias alimentares:**  **Celíaco  Lactosa  Marisco  Pescado  Frutos secos  Frutas  Otros -----------------------** | | | | | | |
| **Otros tipos de alergias:** | | | | **Dieta especial:** | | |
| **VOLUNTARIADO** | | | | | | |
| **Experiencias anteriores de voluntariado nacional** | | **Organismo:** | | | **Fecha:** | |
| **Descripción de las actividades desarrolladas:** | | | | | | |
| **¿Has participado alguna actividad con las Religiosas de María Inmaculada?**  **Vicuñas Campamentos  Pascuas  Otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Motivaciones que te llevan a vivir esta experiencia de voluntariado:** | | | | | | |
| **DATOS GENREALES DE INSCRIPCIÓN** | | | | | | |
| **Enviar la copia de la hoja de inscripción a:**  **(Quinta Asunción)** Hna. Inmaculada Vida móvil 638 70 91 65  Dirección correo electrónico: [op.pastoral.es@religiosasmariainmaculada.org](mailto:op.pastoral.es@religiosasmariainmaculada.org)  **(Bañobre**) Hna. Merche Gil Bello móvil: 690 11 59 06  Dirección correo electrónico: [op.administracion.es@religiosasmariainmaculada.org](mailto:op.administracion.es@religiosasmariainmaculada.org) | | | | | | |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS** | | | | | | |
| **Fotocopias:**  **DNI/NIE  Pasaporte  Certificado de Ausencia de Delitos Sexuales  Contrato de Voluntariado  Tarjeta Sanitaria u otro Seguro de Salud** | | | | | | |
| **Enviar por CORREO POSTAL el original de la presenta *Ficha de Inscripción al Voluntariado* FIRMADA y acompañada de la documentación adjunta a:** | | | **ÁREA DE APOSTOLADO**  **Calle Ríos Rosas, 35 – 28003 MADRID** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES**  Fundación Manuel María Vicuña, con domicilio en Madrid, en la Calle Fuencarral, 97, CP 28004 y con CIF núm. G-99002412, puede llevar a cabo actividades y eventos, en el marco de los que puede publicar imágenes y/o filmaciones en las que aparezcan, individualmente o en grupo, los voluntarios que participen en las actividades mencionadas.  *Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18.1 de la Constitución Española y está regulado en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, la dirección de esta Fundación pide el consentimiento de los voluntarios para poder publicar fotografías y/o grabaciones donde aparezcan y sean claramente identificables.*  **AUTORIZO**  **NO AUTORIZO**  *Que mi imagen* *aparezca en fotografías y/o grabaciones correspondientes a actividades de la Fundación a lo largo del año y publicadas en:*  *Páginas web de la Fundación.*  *Redes sociales* ***Facebook, Twitter y Youtube.***  *Filmaciones y/o montajes realizados en la Fundación y cuya única finalidad es la difusión entre los voluntarios y los miembros de Fundación.*  *Así mismo, conozco y autorizo que las redes sociales antes mencionadas, incorporan una política de privacidad de la que se deriva la existencia de transferencias internacionales de datos.*  **DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE DELITOS PENALES**  Conforme la **Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado,** artículo 8, apartado 5,yo, voluntario/a de la **Fundación Manuel María Vicuña**, **DECLARO** que **NO** tengo antecedentes penales no cancelados por delitos de violencia doméstica o de género, por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de mi cónyuge o de mis hijos, o por delitos de tráfico ilegal o inmigración clandestina de personas, o por delitos de terrorismo en programas cuyos destinatarios hayan sido o puedan ser víctimas de estos delitos.  Y para que surta los efectos oportunos lo firmo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma del voluntario)  **PROTECCION DE DATOS PERSONALES**  Según lo que establece el nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos ponemos a su disposición la siguiente información:   |  |  | | --- | --- | | Datos del Responsable: | **Fundación Manuel María Vicuña** | | Finalidad: | **Gestión organizativa de la Fundación/voluntario** | | Legitimización: | **Consentimiento.** | | Destinatarios: | **A nadie, en el caso de que se cedan en algún momento, se pediría su consentimiento.** | | Derechos: | **Puede acceder, rectificar o suprimir los datos, así como ejercer los derechos que se mencionan en nuestra Política de Privacidad.** | | Más información: | **Consulta la Política de Privacidad en nuestra web.** |   He leído y acepto el tratamiento de mis datos personales por la Fundación Manuel María Vicuña, como responsable del tratamiento, en base a la finalidad y legitimación que aparece en esta información.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma del voluntario) |