|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fotografía  **FICHA DE INSCRIPCIÓN VOLUNTARIADO MELILLA**  **FUNDACIÓN MANUEL MARÍA VICUÑA**  N.º Inscripción:  Alta:  Baja: | | | | | | | |
| **Información personal** | | | | | | | |
| **Primer Apellido:** | | | **Segundo Apellido:** | | | **Nombre:** | |
| **Fecha de Nacimiento:** | | | **Lugar:** | | | **Nacionalidad:** | |
| **Sexo:**  **Hombre**  **Mujer** | | | **DNI o NIE:** | | | **Fecha de caducidad:** | |
| **Carnet de conducir:**  **Sí**  **No** | | | **Pasaporte:** | | | **Fecha de caducidad:** | |
| **Domicilio:** | | | | | | **Código Postal:** | |
| **Población:** | | | **Provincia:** | | | **Teléfono fijo:** | |
| **Email:** | | | | | | **Teléfono móvil:** | |
| **Nombre y apellidos del padre:** | | | | | | **Móvil del padre:** | |
| **Nombre y apellidos de la madre:** | | | | | | **Móvil de la madre:** | |
| **¿Cómo nos conoces?**  **RMI**  **FMMV**  **Web** | | | **Sector de procedencia:**  **Residencia**  **Centro Social**  **Colegio**  **Centro Juvenil**  **Otros** | | | | |
| **Casa:** | | | **Hermana que te recomienda:** | | | | |
| **Datos académicos y laborales** | | | | | | | |
| **Estudios realizados o que realiza:**  **Primarios**  **Secundarios**  **Profesionales**  **Universitarios** | | | | | | **Carrera:** | |
| **Idiomas:**  **Inglés**  **Francés**  **Español**  **Portugués**  **Italiano**  **Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nivel:** \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Situación laboral:**  **Estudiante**  **Trabaja**  **Desempleado**  **Jubilado** | | | | | | **Profesión:** | |
| **Experiencia profesional:** | | | | | | **Ocupación laboral actual:** | |
| **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:** | | | | | | | |
| **ACTIVIDADES DEL CAMPO DE TRABAJO** | | | | | | | |
| **¿Has participado alguna actividad con las Religiosas de María Inmaculada?**  **Vicuñas**  **Campamentos**  **Pascuas**  **Otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tienes el título de Monitor de TL**  **Sí**  **No ¿Te gustaría tenerlo?**  **Sí**  **No** | | | | | | | |
| **Motivaciones que te llevan a vivir esta experiencia de voluntariado:** | | | | | | | |
| **Orden de preferencia de las actividades**  **(del 1 al 5)** | | | | **DATOS GENREALES DE INSCRIPCIÓN** | | | |
|  | Colonia Urbana | | | **Cantidad a abonar:** **190 Euros**  (Incluye alojamiento, viaje Málaga-Melilla, ida y vuelta en barco) **Forma de pago:** Ingreso o transferencia a RELIGIOSAS MARÍA INMACULADA  **BANKINTER Nº de cuenta:** ES37 0128 0202 81 0100040513  **Importante describir en el Concepto** nombre, apellidos y turno en el que vas:  **Enviar la copia de la hoja de inscripción a:**  **27 JUNIO AL 13 JULIO**  (1º turno) **Iñaky Rabadan** móvil: 627 97 62 97  Dirección correo electrónico: [activerano.es@religiosasmariainmaculada.org](mailto:activerano.es@religiosasmariainmaculada.org)  **11 AL 29 JULIO**  (2º turno) **Beatriz Olaberria** móvil: 619 93 56 30  Dirección correo electrónico: [activerano.es@religiosasmariainmaculada.org](mailto:activerano.es@religiosasmariainmaculada.org) | | | |
|  | Centro de Menores | | |
|  | CETI | | |
|  | ASOCIACIÓN “GEUM DODOU” (VIDA Y CORAJE) | | |
|  | Guardería | | |
| Habilidad que puedes ofrecer a los demás en forma de taller( teatro, manualidades,baile,etc) | | | |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS** | | | | | | | |
| **Fotocopias:**  **DNI/NIE**  **Pasaporte**  **Certificado de Ausencia de Delitos Sexuales**  **Título de Monitor TL**  **Contrato de Voluntariado**  **Tarjeta Sanitaria u otro Seguro de Salud**  **Comprobante de pago** | | | | | | | |
| **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) | | | | | | | |