

**DATOS PERSONALES:**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN CURSOS**

**ROGAMOS SEGUIR LAS INSTRUCIONES PARA PODER REALIZAR UNA BUENA GESTIÓN:**

 ESCRIBA CON LETRA CLARA Y MAYÚSCULA

 RELLENE TODOS LOS CAMPOS QUE APARECEN EN EL CUESTIONARIO

**CURSO** que solicita**:** Fecha realización: Lugar realización:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DNI / NIE: | Sexo: |  H |  M |
| Formación académica: |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿CUÁL ES TU RELACIÓN ACTUAL CON EL VOLUNTARIADO?** | | | | | |
|  | PERSONA **VOLUNTARIA** |  | PERSONA **REMUNERADA** |  | **PRÁCTICAS/ COLABORACIÓN** |
| **ENTIDAD/ LUGAR: ¿Desde qué fecha?:** | | | | | |
| **Principales Tareas…** | | | | | |
|  | | | | | |

**Explica los BENEFICIOS que va a tener PARA TI y TU ENTIDAD este curso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OTRA FORMACIÓN relacionada con el tema del curso solicitado** | | | |
| TÍTULO | DURACIÓN | LUGAR/ ENTIDAD | AÑO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Nacimiento: | | | País de nacimiento: | |
| Domicilio: |  |  | nº: | Piso: |
| Localidad |  |  | Provincia: | C.P: |
| Correo-electrónico: | | | | |
| Teléfonos: | Casa |  | Trabajo | Móvil |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***OTROS DATOS DE INTERÉS*** | | | |
| **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?, esta información sólo se utilizará con el fin de aportar los apoyos necesarios** | | | |
|  | Discapacidad intelectual  Discapacidad sensorial |  | Discapacidad física o movilidad reducida |
| **CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA DEL CURSO: (Marcar sólo una)** | | | |
|  | Punto Información Voluntariado |  | Prensa |
|  | Amigos /as |  | Internet |
|  | Carta/Folleto |  | Escuela de Voluntariado |
|  | Otra… (Indicar cuál): |  |  |
| **¿POR QUÉ ESTAS INTERESADO/A EN REALIZAR EL CURSO? (marcar varias si fuera necesario)** | | | |
|  | Quiero iniciar algún tipo de voluntariado |  | Me lo han pedido en mi ONG/asociación |
|  | Esta relacionado con la tarea que realizo en mi entidad |  | Desarrollo profesional |
|  | Esta relacionado con mis estudios |  | Me lo han recomendado |
| **OCUPACIÓN ACTUAL (Marcar sólo una)** | | | |
|  | Trabajador/a |  | Prejubilado/a; Jubilado/a |
|  | Parado/a |  | Ama de casa |
|  | Estudiante |  | …. |

**CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

“SÍ, CONSIENTO”

* AL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PARA GESTIONAR EL SERVICIO SOCILICITADO, de conformidad con el REGLAMENTO UE DE PROTECCIÓN DE DATOS 2016/679, de 23 de abril RGPD cuyos datos puede consultar a pie de página o bien en
* RECIBIR INFORMACIÓN INSTITUCIONAL RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES DE VOLLUNTARIADO OFERTADOS POR LA D.GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES E INTEGRACIÓN SOCIAL

# En Madrid, a de de 2022.

**FIRMA DE LA PERSONA**

**SOLICITANTE (si se envía escaneada):**

En caso de ser seleccionado/a, una semana antes del comienzo del curso se le avisará por correo electrónico o mediante llamada telefónica por la Escuela de Voluntariado de la Comunidad Madrid

Si tiene algún tipo de discapacidad y/o necesitas un determinado apoyo instrumental para participar en los cursos, explícanos cual:

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, en el Sistema de Actividad “FOMENTO DEL VOLUNTARIADO”, cuyo responsable de tratamiento es la D.G Servicios Sociales e Integración Social, calle Los Madrazo 34,28014 Madrid, pudiendo consultar el resto de la información adicional [http://comunidad.madrid/gobierno/informacion-juridica-legislacion/proteccion-datos-comunidad-madrid.](http://comunidad.madrid/gobierno/informacion-juridica-legislacion/proteccion-datos-comunidad-madrid)

El tratamiento es necesario para gestionar el servicio del voluntariado solicitado, en particular, la formación solicitada, constando su consentimiento informado e inequívoco para esta finalidad y las conexas a la misma. Los datos serán tratados por los órganos de esta Administración y otras Administraciones para esta misma finalidad. Se conservarán el tiempo necesario para hacer efectivo la actividad de voluntariado, o hasta que el interesado expresamente indique lo contrario. Puede contactar al delegado de protección de datos en [protecciondatos-psociales@madrid.org,](mailto:protecciondatos-psociales@madrid.org) o bien a la dirección postal C/ O’Donnell 50, Madrid. Para ejercer sus derechos de acceso,

rectificación, supresión y los demás que le otorga la normativa vigente ha de dirigir al Responsable una solicitud firmada “EJERCICIO DE Dº. PROT.DATOS” por cualquier medio admitido en derecho donde conste copia de DNI o consintiendo su consulta.