

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

COGNOMS		NOM		DNI-PASSAPORT
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
DATA NAIXEMENT	EDAT	SEXE	ESTUDIS	PROFESSIÓ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADREÇA ELECTRÒNICA				TELÈFON MÒBIL
<input type="text"/>				<input type="text"/>
NECESSITATS ESPECIALS RELACIONADES AMB MALALTIES I DISCAPACITATS (EN CAS AFIRMATIU, APORTEU DOCUMENTACIÓ)				
<input type="text"/>				

B CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA

NOM I COGNOMS		PARENTIU
<input type="text"/>		<input type="text"/>
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		TELÈFON
<input type="text"/>		<input type="text"/>

C ACTIVITAT SOL·LICITADA

NOM DE L'ACTIVITAT

SOCIAL AMBIENTAL

La participació en la convocatòria comporta l'autorització expressa a l'ajuntament de Bellreguard, a la difusió d'imatges realitzades durant el desenvolupament de les activitats de voluntariat amb finalitats de difusió i coneixement del programa en l'àmbit institucional i no comercial.

D MENORS D'EDAT, A EMPLENAR PEL PARE, LA MARE O EL/LA TUTOR/A

COGNOMS	NOM	DNI/ PASSAPORT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autoritze el meu fill/ la meua filla, _____ a assistir al voluntariat en les condicions establides. També, autoritze la Direcció perquè, en cas de màxima urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, si ha estat impossible la meua localització.

_____, _____ d _____ del _____

La persona que autoritza

Firma: _____

