



Asociación Valenciana de Personas  
Afectadas de Ataxias Hereditarias

## FICHA DATOS DE LA PERSONA VOLUNTARIA

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		Fecha de nacimiento	
% Discapacidad		Tipo de discapacidad	
DNI/NIE/ Pasaporte			
Domicilio			
Código postal		Provincia	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Email			
Disponibilidad	Días disponibles: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo  Horas disponibles: <input type="checkbox"/> Mañana (En horario de.....). <input type="checkbox"/> Tarde (En horario de.....).		
Programa/ servicio/ actividad al que desea incorporarse			
Formación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, exponga su formación brevemente:	
¿Tiene experiencia en voluntariado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, exponga su experiencia brevemente:	
Motivaciones y expectativas			