



ADHESIÓN DE ENTIDADES AO PROGRAMA DE VOLUNTARIADO MUNICIPAL.

Nome da entidade: _____

CIF: _____ Ano de constitución: _____

Enderezo: _____

CP: _____ Localidade: _____ Provincia: _____

_____ Teléfono/s: _____

Núm.Fax: _____ Correo electrónico: _____@_____

Representante Legal: _____

Responsable de voluntariado: _____

Teléfono/s: _____ Teléfono Móbil: _____

Núm.Fax: _____ Correo electrónico: _____@_____

Obxectivos xerais da entidade:

-
-
-

Experiencia previa con voluntarios/as:

Áreas ou ámbitos de actuación da entidade:

Saúde

Ocio

Infancia

Adicións

Igualdade de xénero

Animais

Outros

Defensa dos Dereitos Humanos

Tarefas Administrativas

Educación

Persoas maiores

Consumo

Medio Ambiente

Persoas con discapacidade

Apoio en obradoiros

Inmigración

Deportes

Servizos humanitarios

Cultura

En _____, _____ de _____ de _____

Asinado:

Conforme á LOPD 15/1999, a información facilitada a esta Concellería de Voluntariado relacionada con datos de carácter persoal, non será utilizada para fins distintos os estrictamente precisos para a realización do seu cometido, coa absoluta confidencialidade, quedando prohibida a calquera persoa a súa revelación, copia, distribución ou o exercicio de calquera acción relativa ó seu contido.

De conformidade coa lexislación vixente, se vostede facilitou voluntariamente información a nosa Concellería, pode exercer o dereito de rectificación e cancelación dirixíndose a Concellería de Voluntariado sita na Rúa do ensino, nº 24.