



## Formato de registro para Voluntarios

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Número Delegación/Municipio

Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

¿Estudias? \_\_\_\_\_ ¿En dónde estudias/estudiaste? \_\_\_\_\_

¿Qué estudias/estudiaste? \_\_\_\_\_

¿Trabajas/Trabajaste? \_\_\_\_\_ ¿En dónde? \_\_\_\_\_

¿En qué? \_\_\_\_\_

Personas que dependen de ti: \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste del programa de voluntarios de AFEECI?

\_\_\_\_\_

¿Qué te animó a ser voluntario con nosotros?

\_\_\_\_\_

Cualidades: \_\_\_\_\_

Defectos: \_\_\_\_\_

Experiencia de voluntariado:

\_\_\_\_\_

Días y horario en el que prestarás tu servicio a AFEECI: \_\_\_\_\_

## ¡Nos interesa tu bienestar!

Nombre de la institución/persona que coordina tu voluntariado (si aplica): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

---

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

---

Condición médica: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que debemos saber?

---

# ¡BIENVENIDO!

Recibí Aviso de Privacidad

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma