



ADACE CLM

Asociación de Daño
Cerebral Sobvenido
de Castilla La Mancha



FICHA DE VOLUNTARIO / A

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

DNI/NIE:

Sexo: H . M

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

C.P.:

Municipio:

Provincia:

Tfno.:

Tfno. móvil:

C. Elect.:

Horario de contacto:

DATOS DE INTERÉS:

Estudios:

Profesión:

Otros datos:

ACTIVIDAD VOLUNTARIA:

Experiencia previa: SI NO ASOCIACIÓN/ONG:

Disponibilidad*:

¿Cómo te gustaría colaborar?

* Horario en el que estaría disponible para realizar la actividad voluntaria

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, autorizo y quedo informado/a de la incorporación de mis datos a los ficheros automatizados existentes en ADACE-CLM, así como el tratamiento automatizado de los mismos. Asimismo, autorizo a que puedan ser cedidos mis datos exclusivamente para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con mi incorporación a la Asociación a las diferentes delegaciones de ADACE-CLM en la Comunidad de Castilla- La Mancha y Administraciones Públicas. Quedo igualmente informado/a de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante notificación escrita dirigida a la siguiente dirección: ADACE-CLM, c/ Plazuela, 1- 45122 Argés (Toledo)