



FUNDACIÓN PUERTORRIQUEÑA
Síndrome Down

FORMULARIO PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

Nombre: _____

Dirección residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Preparación Académica: _____

¿Qué le motiva a servirnos? _____

Experiencia anterior como voluntario(a): _____

Organización: _____

Indique su disponibilidad: _____

Área de servicios que interesa: Actividades Asistente de salón de clases Asistente oficina
 Asistente patóloga del habla Apoyo a padres Doctor(a) voluntario(a) Otras

En caso de emergencia contactar a: _____

Teléfono: _____

Por la presente yo, _____, reconozco que el trabajo voluntario es uno sin remuneración económica y que la Fundación Puertorriqueña Síndrome Down no se hace responsable por cualquier daño causado a mi persona por mi error o imprudencia. Me comprometo a leer el Manual de Voluntarios y brindar un servicio de excelencia.

Firma:

Fecha:

Certifico que recibí el Manual de Voluntarios y para confirmación escrita de lo anterior estampo mis iniciales en esta hoja _____.