

HOJA DE COMPROMISO

D. / D^a.....

Domiciliado/a en: Calle..... nº..... CP.....

Localidad..... Provincia..... DNI.....

Teléfonos..... E-mail.....

Fecha de nacimiento.....

Solicita colaborar como voluntario/a en la Asociación Conil Contra el Cáncer y declara:

1. Que conoce las actividades que desarrollan los voluntarios/as de la Asociación Conil Contra el Cáncer y está de acuerdo con ellos y con los medios utilizados para llevar a cabo dichas actividades.
2. Que, en el caso de tratar datos de carácter personal, está obligado al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con la Asociación Conil Contra el Cáncer.
3. Que conoce y acepta expresamente que, en su actividad, por los fines a los que va orientada, no será objeto de remuneración alguna y pese a ello se compromete a realizarla con responsabilidad y una regularidad de ___ horas semanales, avisando al grupo de voluntarios con la antelación suficiente, en el caso de que surgiera alguna dificultad imprevista, a fin de poder ser reemplazado/a por otro voluntario/a.
4. Que, dado el carácter voluntario y gratuito de su servicio, podrá cesar en el mismo cuando lo desee, debiendo en este caso ponerlo en conocimiento de la asociación, con la antelación suficiente, a fin de que la misma pueda buscar quien le sustituya.
5. Que, igualmente, acepta que, en el supuesto de que sus servicios no sean satisfactorios para el grupo de voluntarios por falta de compromiso o por otras razones, éstos podrán prescindir de su colaboración, notificándosele razonadamente, y con el visto bueno del coordinador del grupo de voluntarios.

6. Que el/la voluntario/a, según marca la LEY 7/2001, DE 12 DE JULIO de Voluntariado, tiene **derecho** a:

- a) Recibir la información, formación, orientación, apoyo y medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que se le asignen.
- b) Respeto a su libertad, dignidad, intimidad, creencias, orientación sexual y a ser tratado sin discriminación.
- c) Participar activamente en la organización y colaborar en elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas de acuerdo con sus estatutos o normas de aplicación.
- d) Ser asegurado contra riesgos de accidente o enfermedad derivados directamente del ejercicio de la actividad voluntaria.
- e) Ser reembolsado por los gastos realizados en el desempeño de sus actividades, siempre que haya sido previamente autorizado por la entidad.
- f) Disponer de acreditación identificativa de su condición de voluntario.
- g) Obtener respeto y reconocimiento por el valor social de su contribución.
- h) Cesar libremente en su condición de voluntario en los términos acordados con la entidad en que colaboren.
- i) Realizar su actividad en debidas condiciones de seguridad e higiene.

7. Que el/la voluntario/a, según marca la LEY 7/2001, DE 12 DE JULIO de Voluntariado, se **obliga** a:

- a) Cumplir los compromisos adquiridos con las entidades en las que colaboren, respetando los fines y normativas de las mismas.
- b) Guardar la confidencialidad de la información recibida.
- c) Rechazar cualquier contraprestación material ofrecida como remuneración.
- d) Actuar de forma diligente y responsable.
- e) Respetar los derechos de los destinatarios de su acción voluntaria.
- f) Seguir instrucciones técnicas para el desarrollo de sus actividades.
- g) Utilizar debidamente las acreditaciones y distintivos de la entidad.
- h) Respetar y cuidar los recursos materiales que pongan a su disposición las organizaciones.
- i) Observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten.

En _____ a ___ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. _____

Coordinador de voluntarios

Persona voluntaria

FICHA DE VOLUNTARIO/A

Nombre y Apellidos:

Sexo: Hombre Mujer DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico:

Conocimientos:

Idiomas:

Disponibilidad horaria:

Mañanas Horario: _____

Tardes Horario: _____

Fines de semana Horario: _____

Asociación Conil Contra el Cáncer

Nº Voluntario/a:

COMPROMISO Y PARTICIPACIÓN		
Selecciona y concreta tu participación	Me gustaría colaborar	Tengo Experiencia/Conocimiento
Actividades manuales (Pintura, patchwork, costura...)		
Campañas de sensibilización		
Eventos y actos de ocio		

¿Por qué medio conociste la existencia de la Asociación Conil Contra el Cáncer?

¿Qué te motiva a colaborar con nosotros?

¿Qué esperas recibir del voluntariado?

¿Has colaborado en otras asociaciones? ¿Cuáles? ¿Qué tal la experiencia?

Vehículo propio:

Sí Disponibilidad: _____

No

Información básica sobre protección de datos

En ASOCIACIÓN CONIL CONTRA EL CÁNCER tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación del mismo y cumplir con las obligaciones legales aplicables, siendo la base jurídica la ejecución de un contrato. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. La información puede ser cedida a encargados de tratamiento para cumplir con la finalidad antes especificada o en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener la confirmación sobre si en ASOCIACIÓN CONIL CONTRA EL CÁNCER estamos tratando sus datos personales, así como a ejercer sus derechos como interesado. Puede obtener más información dirigiéndose a:

Responsable: ASOCIACIÓN CONIL CONTRA EL CÁNCER – CIF: G72259807 – Dir. Postal: AVDA. DOLORES IBARRURI 5 LOCAL BAJO, 11140, CONIL DE LA FRONTERA (CÁDIZ) – Teléfono: 956975077
Email: info@conilcontraelcancer.org

ACEPTO Y CONSIENTO QUE MI NÚMERO DE TELÉFONO SEA UTILIZADO PARA ENVIARME WHATSAPPS RELACIONADOS CON MI RELACIÓN CONTRACTUAL CON ASOCIACIÓN CONIL CONTRA EL CÁNCER

ACEPTO Y CONSIENTO QUE MI NÚMERO DE TELEFÓNO SEA UTILIZADO PARA INCLUIRME EN GRUPOS DE WHATSAPP CORPORATIVOS

FIRMO CONFORME ENTIENDO Y CONSIENTO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

Fecha:

Nombre y apellidos:

DNI:

FIRMA: