

La Red de Puntos de Información de Voluntariado de la Comunidad de Madrid pone a su disposición la información y los contactos necesarios para que se conozcan y difundan sus proyectos en nuestra Comunidad. Les agradecemos nos faciliten los siguientes datos de forma que podamos prestarles un mejor servicio y, a su vez, puedan ayudar en la tarea de atender las necesidades de nuestra sociedad.

## INSCRIPCIÓN DE ENTIDADES DE ACCIÓN VOLUNTARIA (EAV)

### DATOS DE IDENTIDAD:

Nombre de la Entidad:

Siglas:

CIF:

Fecha de fundación:

Lugar de origen:

Nº de Voluntarios:

Nº personal retribuido:

Pertenece a alguna/s Federación/es:  SI  NO

¿Cuál/es?

Sede de la Entidad:

Sede principal

Sede local

Sede principal y local

Indicar otras sedes en la Comunidad de Madrid y en España:

Indicar otras sedes en el extranjero:

Fines / Objetivos de la Entidad:

Actividades y servicios que presta la Entidad:

### Ámbito de actuación:

SOCIAL <input type="checkbox"/>	DEPORTIVO <input type="checkbox"/>	COOPERACIÓN AL DESARROLLO <input type="checkbox"/>
EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	MEDIO AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	CATASTROFES / EMERGENCIA <input type="checkbox"/>
OCIO Y TIEMPO LIBRE <input type="checkbox"/>	SENSIBILIZACIÓN <input type="checkbox"/>	SERVICIO VOLUNT. EUROPEO <input type="checkbox"/>
SANITARIO <input type="checkbox"/>	PARTICIPACIÓN CIUDADANA <input type="checkbox"/>	TAREAS ADMINISTRATIVAS <input type="checkbox"/>
CULTURAL <input type="checkbox"/>	PROTECCIÓN CIVIL <input type="checkbox"/>	PUNTUAL <input type="checkbox"/>
SOCIOCULTURAL <input type="checkbox"/>	DERECHOS HUMANOS <input type="checkbox"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>

### Sector de población a la que va dirigida:

INFANCIA Y JUVENTUD <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>	DISCAP. FÍSICOS (MOT. /SENSORIAL.) <input type="checkbox"/>
MAYORES <input type="checkbox"/>	INMIGRANTES <input type="checkbox"/>	DISCAP. PSÍQUICOS <input type="checkbox"/>
PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/>	PRESOS/EX-PRESOS <input type="checkbox"/>	DROGODEPENDIENTES <input type="checkbox"/>
ENFERMOS <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD GITANA <input type="checkbox"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>

### DATOS DE CONTACTO:

Domicilio:		Nº:	Piso:
CP:	Distrito:	Metro:	
Municipio:		Provincia:	
Correo-e:		Web::	
Tel. 1:		Tel. 2:	
Fax:		Horario de contacto:	

DATOS DE INTERÉS:			
Presidente:			
Tel.:		Correo-e:	
Responsable de Voluntariado:			
Tel.:		Correo-e:	
Persona de contacto:			
Tel.:		Correo-e:	
DATOS SOBRE FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO:			
La Entidad realiza cursos de formación para voluntarios: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, especifique los cursos:			
Nombre del Curso	Nº de horas	Carácter del curso	Tipo de Formación
		<input type="checkbox"/> Inicial (carácter general) <input type="checkbox"/> Específica <input type="checkbox"/> Animadores de voluntariado	<input type="checkbox"/> Exclusiva para voluntarios ONG <input type="checkbox"/> Abierta a todos los interesados
		<input type="checkbox"/> Inicial (carácter general) <input type="checkbox"/> Específica <input type="checkbox"/> Animadores de voluntariado	<input type="checkbox"/> Exclusiva para voluntarios ONG <input type="checkbox"/> Abierta a todos los interesados
		<input type="checkbox"/> Inicial (carácter general) <input type="checkbox"/> Específica <input type="checkbox"/> Animadores de voluntariado	<input type="checkbox"/> Exclusiva para voluntarios ONG <input type="checkbox"/> Abierta a todos los interesados
Donaciones	Tipo de Donación		
<input type="checkbox"/> Sí (carácter general) <input type="checkbox"/> Específica (detallar)	<input type="checkbox"/> Libros <input type="checkbox"/> Muebles <input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Juguetes <input type="checkbox"/> Medicinas	Otros: _____ _____
<b>¿Tenéis interés en contar con la participación de grupos de empresa en acciones puntuales?</b>	<input type="checkbox"/> Sí (carácter general) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero con ciertas condiciones. Especificar:		
OBSERVACIONES:			

**Nota:** Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero VOLUNT CAM, cuya finalidad es la Información y Ase soramiento a voluntarios y Entidades de Acción Voluntaria en materia de voluntariado y formación a través de la Escuela de Voluntariado de la Comunidad de Madrid, no previendo cesiones. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Voluntariado y Cooperación al Desarrollo de la Consejería de Asuntos Sociales, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Jardines, 4, 28013 de Madrid, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para cualquier cuestión relacionada con esta solicitud puede dirigirse al Teléfono de Información Administrativa 012 o al Teléfono de Información de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid: 91 392 53 00.

**Firma:**

**Fecha:**