

FORMULARIO N° 001-DGPDV-DV
SOLICITUD DE REGISTRO
(Persona Natural)

I. DATOS GENERALES	
Nombres y Apellidos:	
Documento Nacional de Identidad / Carnet de Extranjería / Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / / Edad:
Lugar de residencia (departamento, provincia, distrito/dirección)	
País de procedencia:	
Teléfono:	Casa: Celular: Trabajo:
Correos electrónicos	
Grado de instrucción:	Idiomas:
Ocupación:	
Enfermedad pre-existente (en el último año)	
Documentos presentados:	
II. EN CASO DE SER MENORES DE EDAD	
Nombre del padre/madre o tutor:	
Documento Nacional de Identidad / Carné de Extranjería / Pasaporte del padre, madre o tutor:	País de procedencia:
Domicilio del padre/madre o tutor:	
Teléfonos del padre/madre o tutor:	Casa: Celular: Trabajo:
Correos electrónicos:	
Ámbito de acción del voluntariado:	
Documento de autorización de sus padres o tutores (adjuntar, según Ley N° 29094):	
Comentarios u observaciones	
III. EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD VOLUNTARIA	
Señalar las actividades o campos en que se desarrolló la actividad voluntaria:	
Cultura () Ciencia () Educación () Vivienda () Deporte () Urbanismo ()	
Cooperación e Inclusión Social () Medio ambiente () Democracia () Salud () Investigación () Economía ()	
Otros orientados al bien común ()	
Señalar el tiempo de experiencia de la actividad voluntaria:	Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>
IV. ÁREA O ACTIVIDAD DE INTERÉS PARA REALIZAR LA ACCIÓN VOLUNTARIA (señalar el área de actual interés)	
Señalar las actividades o campos en que desea realizar la actividad de voluntariado:	
Cultura () Ciencia () Educación () Vivienda () Deporte () Urbanismo ()	
Cooperación e Inclusión Social () Medio ambiente () Democracia () Salud () Investigación () Economía ()	
Otros orientados al bien común ()	
Señalar las edades con las cuáles desearía realizar la actividad de voluntariado:	
Niñez e Infancia () Adolescencia () Juventud () Personas Adultas () Personas Adultas Mayores ()	
Señalar si puede realizar la actividad voluntaria con:	
Personas con Discapacidad Física	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Personas con Discapacidad mental:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
V. AUTORIZACIONES (señalar su confirmación)	
Señalar si autoriza el envío de notificaciones electrónicas, comunicados e información relevante a la dirección de correo electrónico consignada (según Ley N° 27444):	Acepto <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>
Señalar si autoriza el uso y publicación de datos personales a ser consignados en el Registro de Voluntarios, para acciones vinculadas a oferta y demanda del servicio de voluntariado (según Ley N° 23283 y su Reglamento)	Acepto <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son verdaderos, en respaldo de lo cual cumplo con suscribir el presente:

Nota: 1) La información consignada, tiene carácter de declaración Jurada, para los efectos de Inscripción en el Registro de Voluntarios del MIMP, conforme a normatividad vigente.
2) Los datos solicitados son de obligatorio llenado para efectos de optimización y simplificación del trámite de Registro de Voluntario

Voluntario/a: DNI / C.E. / Pasaporte N°

Padre / Madre / Tutor DNI / C.E. / Pasaporte N°

