

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA:**

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	C.P.:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
TLF. FIJO:	MÓVIL:
E-MAIL:	

ERES VOLUNTRIO/A:

CENTRO EN QUE COLABORAS:

ACTIVIDAD O PROGRAMA DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS:

- CENTRO TAS
- CENTRO OCUPACIONAL
- UNIDAD DE DÍA
- HIPOTERAPIA

OTRAS ACTIVIDADES DONDE TE GUSTARÍA COLABORAR:

- PROGRAMA DE OCIO : VISITAS, EXCURSIONES, CINE...
- ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN
- CAMPAÑA DE EMPAQUETAMIENTO DE REGALOS
- SERVICIOS CENTRALES

DISPONIBILIDAD:

OBSERVACIONES Y ANOTACIONES: