



## FICHA DE INSCRIPCIÓN CURSOS

ROGAMOS **SEGUIR LAS INSTRUCCIONES** PARA PODER REALIZAR UNA BUENA GESTIÓN:

-  ESCRIBA CON LETRA CLARA Y MAYÚSCULA
-  RELLENE TODOS LOS CAMPOS QUE APARECEN EN EL CUESTIONARIO

**CURSO** que solicita: **CONTABILIDAD PARA ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO (NIVEL 1)**

Fecha realización: **11 y 12 de noviembre 2024**

Lugar realización: **Sede Arroyomolinos (Virtual)**

### DATOS PERSONALES:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI / NIE: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M

Formación académica: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Correo-electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

### ¿CUÁL ES TU RELACIÓN ACTUAL CON EL VOLUNTARIADO?

PERSONA VOLUNTARIA  PERSONA REMUNERADA  PRÁCTICAS/ COLABORACIÓN

ENTIDAD/ LUGAR:

¿Desde qué fecha?:

Principales tareas:

**OTRA FORMACIÓN relacionada con el tema del curso solicitado**

| TÍTULO | DURACIÓN | LUGAR/ENTIDAD | AÑO |
|--------|----------|---------------|-----|
|        |          |               |     |
|        |          |               |     |

## OTROS DATOS DE INTERÉS

**Explica los BENEFICIOS que va a tener PARA TI y TU ENTIDAD este curso**

---

---

---

---

**¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? Esta información sólo se utilizará para aportar los apoyos necesarios**

- Discapacidad intelectual       Discapacidad sensorial       Discapacidad física o movilidad reducida

Si tiene algún tipo de discapacidad y necesita un determinado **apoyo instrumental** para participar en los cursos, explíquenos cuál:

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA DEL CURSO? (Marcar solo una)**

- Punto Información Voluntariado       Prensa  
 Amigos/as       Internet  
 Carta/Folleto       Escuela de Voluntariado  
 Otros: \_\_\_\_\_

**¿POR QUÉ ESTÁS INTERESADO/A EN REALIZAR EL CURSO? (marcar varias si fuera necesario)**

- Quiero iniciar algún tipo de voluntariado       Me lo han pedido en mi ONG/asociación  
 Esta relacionado con la tarea que realizo en mi entidad       Desarrollo profesional  
 Esta relacionado con mis estudios       Me lo han recomendado

**OCUPACIÓN ACTUAL (Marcar solo una)**

- Trabajador/a       Prejubilado/a; Jubilado/a  
 Parado/a       Tareas domésticas  
 Estudiante       Otros: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

“SÍ, CONSIENTO”:

AL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PARA GESTIONAR EL SERVICIO SOLICITADO, de conformidad con el REGLAMENTO UE DE PROTECCIÓN DE DATOS 2016/679, de 23 de abril RGPD cuyos datos puede consultar a pie de página.

RECIBIR INFORMACIÓN INSTITUCIONAL RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO OFERTADOS POR LA D.GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES E INNOVACIÓN SOCIAL.

En Madrid, a            de            de 20..

**FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE**  
**(Si se envía escaneada):**

**UNA VEZ CUMPLIMENTADA LA FICHA REMITIR AL CORREO ELECTRÓNICO:**

**participacionciudadana@ayto-arroyomolinos.org**

En caso de ser seleccionado/a, una semana antes del comienzo del curso se le avisará por correo electrónico o mediante llamada telefónica por la Escuela de Voluntariado de la Comunidad Madrid

---

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados en el Sistema de Actividad "FOMENTO DEL VOLUNTARIADO", cuyo responsable de tratamiento es la D.G. Servicios Sociales e Innovación Social, calle Manuel de Falla 7, 28036 Madrid, pudiendo dirigirse para cualquier información adicional a: <http://comunidad.madrid/gobierno/informacion-juridica-legislacion/proteccion-datos-comunidad-madrid>

El tratamiento es necesario para gestionar el servicio del voluntariado solicitado, específicamente la información, constanding su consentimiento informado e inequívoco para esta finalidad y las conexas a la misma. Los datos serán tratados por los órganos de esta Administración o Entidades para esta misma finalidad y se conservarán el tiempo necesario para hacer efectivo la formación de voluntariado, o hasta que el interesado expresamente indique lo contrario.

Puede contactar al delegado de protección de datos en [protecciondatos-psociales@madrid.org](mailto:protecciondatos-psociales@madrid.org), o bien a la dirección postal C/ O'Donnell 50, Madrid. Para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y los demás que le otorga la normativa vigente ha de dirigir al Responsable una solicitud firmada "EJERCICIO DE Dº. PROT.DATOS" por cualquier medio admitido en derecho donde conste copia de DNI o consintiendo su consulta.