



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO Y ACREDITACIÓN PARA PERSONAS NATURALES

Para la solicitud de registro y acreditación de la/el voluntaria/o de 14 a 17 años de edad, la madre o el padre o el/la tutor/a consignará sus datos y los datos e información de la/el voluntaria/o de 14 a 17 años de edad.

Las/los voluntarias/os mayores de edad llenarán el formulario a partir de rubro II - "Datos personales de la/el Voluntaria/o"

I. DATOS DE LA/EL MADRE/PADRE O TUTOR/A QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DE LA/EL VOLUNTARIA/O DE 14 A 17 AÑOS DE EDAD

Tipo Documento: DNI Pasaporte Carné de extranjería Nro. Documento:

País de Nacimiento:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Domicilio Actual

Departamento: Provincia: Distrito:

Categoría de Centro Poblado (Ciudad, Pueblo Joven y/o AA.HH., Urbanización, Conjunto Habitacional, Asociación de Vivienda, Cooperativa de Vivienda, Barrio o Cuartel, Pueblo, Caserío, Anexo, Com. Indígena, Unidad Agropecuaria, Cooperativa Agraria de Producción, Com. Campesina, Camp. Minero) Nombre del Centro Poblado Vía: (Av. Jr. Calle, Pasaje, Otro)

Dirección:

Datos Contacto

Correo Electrónico: Tipo Teléfono: Nro. Teléfono:

(Celular, Fijo de Casa, Fijo de Trabajo)

INFORMACIÓN SOBRE LA/EL VOLUNTARIA/O

II. DATOS PERSONALES DE LA/EL VOLUNTARIA/O

Tipo Documento: DNI Pasaporte Carné de extranjería Nro. Documento:

País de Nacimiento:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Fecha de Nacimiento: Sexo: F M Edad:

Día, mes, año

¿Cuenta con Seguro Médico? NO SI ¿Cuenta con algún tipo de discapacidad? NO SI

Tipo de seguro (Si la rpt. fue Sí): Tipo de discapacidad (Si la rpt. fue Sí):

SIS ESSALUD Particular Dificultad para ver Dificultad para moverse o caminar

Dificultad para oír Dificultad para entender o aprender

Seguro FFAA - PNP Dificultad para hablar o comunicarse Dificultad para relacionarse con los demás

Domicilio Actual

Departamento: Provincia: Distrito:

Categoría de Centro Poblado (Ciudad, Pueblo Joven y/o AA.HH., Urbanización, Conjunto Habitacional, Asociación de Vivienda, Cooperativa de Vivienda, Barrio o Cuartel, Pueblo, Caserío, Anexo, Com. Indígena, Unidad Agropecuaria, Cooperativa Agraria de Producción, Com. Campesina, Camp. Minero) Nombre del Centro Poblado Vía: (Av. Jr. Calle, Pasaje, Otro)

Dirección:

Datos Contacto

Correo Electrónico: Tipo Teléfono: Nro. Teléfono:

(Celular, Fijo de Casa, Fijo de Trabajo)

Formación/ocupación

Grado Instrucción: Profesión: Ocupación:

(Sin Nivel, Inicial, Primaria, Secundaria, Sup. Técnica, Sup. Universitaria, Postgrado)

¿Cómo se enteró del registro de voluntariado?

Facebook Twitter LinkedIn Periódicos Televisión Web Familia y/o amigos

Colegio, Instituto, Universidad Sitio Web MIMP Eventos Voluntariado Gobierno Otro:

III. SOBRE EL SERVICIO DE VOLUNTARIADO

¿Pertenece a una organización de voluntariado registrada en el MIMP?

NO SI Nombre de la Organización:

¿Ha recibido capacitación para realizar acciones de voluntariado durante su acción como voluntaria/o, por parte de una Organización de Voluntariado?

NO SI

Su experiencia en actividades de voluntariado están relacionados con los temas:

ODS 01 - Fin de la pobreza ODS 07 - Energía limpia ODS 13 - Acción por el clima

ODS 02 - Hambre cero ODS 08 - Trabajo decente ODS 14 - Vida submarina

ODS 03 - Salud y bienestar ODS 09 - Industria, innovación ODS 15 - Vida en tierra

ODS 04 - Educación de calidad ODS 10 - Reducir desigualdades ODS 16 - Paz, justicia

ODS 05 - Igualdad de género ODS 11 - Ciudades sostenibles ODS 17 - Alianzas

ODS 06 - Agua y saneamiento ODS 12 - Producción responsable Riesgos y desastres

Cantidad de jornadas de voluntariado realizadas (1 jornada de voluntariado equivale a la actividad de voluntariado realizada en un día, con un mínimo de 3 horas) N° de horas de voluntariado realizadas

(La cantidad de jornadas y horas deben estar acreditadas en la constancia expedida por la Organización de Voluntariado)



¿En qué departamento del país presta con más frecuencia el servicio de voluntariado?

IV. EXPECTATIVAS DE LA/EL VOLUNTARIA/O

¿Desea realizar actividades de voluntariado en todo el país? NO SI

*Si su respuesta es NO, seleccione los departamentos y provincias donde desearía hacer voluntariado

Departamento:	Provincias:
<input type="text"/>	En todas: <input type="checkbox"/> Solo en: <input type="text"/>
<input type="text"/>	En todas: <input type="checkbox"/> Solo en: <input type="text"/>
<input type="text"/>	En todas: <input type="checkbox"/> Solo en: <input type="text"/>

Disponibilidad para el servicio de voluntariado

¿Tiene horarios flexibles? NO SI

(Disponibilidad completa e inmediata)

Meses disponibles:

(De no tener horarios flexibles)

Seleccione los meses:

E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Días disponibles: (De no tener horarios flexibles)

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Seleccione los temas de interés en los que desearía participar

<input type="checkbox"/> ODS 01 - Fin de la pobreza	<input type="checkbox"/> ODS 07 - Energía limpia	<input type="checkbox"/> ODS 13 - Acción por el clima
<input type="checkbox"/> ODS 02 - Hambre cero	<input type="checkbox"/> ODS 08 - Trabajo decente	<input type="checkbox"/> ODS 14 - Vida submarina
<input type="checkbox"/> ODS 03 - Salud y bienestar	<input type="checkbox"/> ODS 09 - Industria, innovación	<input type="checkbox"/> ODS 15 - Vida en tierra
<input type="checkbox"/> ODS 04 - Educación de calidad	<input type="checkbox"/> ODS 10 - Reducir desigualdades	<input type="checkbox"/> ODS 16 - Paz, justicia
<input type="checkbox"/> ODS 05 - Igualdad de género	<input type="checkbox"/> ODS 11 - Ciudades sostenibles	<input type="checkbox"/> ODS 17 - Alianzas
<input type="checkbox"/> ODS 06 - Agua y saneamiento	<input type="checkbox"/> ODS 12 - Producción responsable	<input type="checkbox"/> Riesgos y desastres

Seleccione los grupos en los que desearía participar

Niñez e infancia Adolescencia Juventud Personas adultas Personas adultas mayores
Personas con discapacidad o habilidades especiales Familia Animales

Preferencia respecto a las personas beneficiarias, con quienes desearía participar en las acciones de voluntariado.

Masculino Femenino Ambos

V. AUTORIZACIONES DE LA/EL VOLUNTARIA/O MAYOR DE EDAD

¿Desea recibir información sobre organizaciones que pueden adecuar actividades a su interés? NO SI

¿Desea recibir notificaciones de nuevas convocatorias de actividades de voluntariado en su correo electrónico? NO SI

¿Autoriza usted el uso y publicación de sus datos personales a ser consignados en el Registro de Voluntariado, para acciones vinculadas a oferta y demanda del servicio de voluntariado (según Ley N° 23283, su Reglamento y modificatorias)? NO SI

VI. DECLARACIONES DE LA/EL VOLUNTARIA/O MAYOR DE EDAD

Declaro bajo juramento: no registrar antecedentes policiales, ni judiciales, ni penales, por delitos cometidos en contra de la libertad sexual, homicidio, feminicidio, tráfico ilícito de drogas, terrorismo, contra el patrimonio, lesiones graves, exposición de personas al peligro o secuestro.

Declaro que la información y/o datos consignados en el presente formulario y los documentos que se adjuntan son verdaderos y me someto a las sanciones estipuladas en las normas legales vigentes en caso de haber dado información falsa.

En tal sentido, aceptando los términos y/o condiciones precedentes, solicito mi inscripción en el Registro de Voluntariado del MIMP, para lo cual adjunto al presente el documento que me acredita haber realizado las jornadas de voluntariado necesarias para mi inscripción, establecidas según D.S. N° 004-2017-MIMP.

Atentamente,

Voluntario/a: (mayor de edad)

DNI C.E. Pasaporte N°

VII. AUTORIZACIONES DE LA/EL MADRE/PADRE O TUTOR/A PARA CASOS DE LA/EL VOLUNTARIA/O DE 14 A 17 AÑOS DE EDAD

¿Desea recibir información sobre organizaciones que pueden adecuar actividades al interés de la/el voluntaria/o de 14 a 17 años de edad a su cargo? NO SI

¿Desea recibir notificaciones de nuevas convocatorias de actividades de voluntariado en su correo electrónico? NO SI

¿Autoriza usted el uso y publicación de sus datos personales y de la/el voluntaria/o de 14 a 17 años de edad a su cargo a ser consignados en el Registro de Voluntariado, para acciones vinculadas a oferta y demanda del servicio de voluntariado (según Ley N° 23283, su Reglamento y modificatorias)? NO SI

¿Autoriza que el/la voluntario/a de 14 a 17 años de edad a su cargo, del/a cual solicita la inscripción en el registro de voluntariado del MIMP, participe en actividades de voluntariado? NO SI

VIII. DECLARACIONES DE LA/EL MADRE/PADRE O TUTOR/A

Declaro bajo juramento que el/la voluntario/a de 14 a 17 años de edad que represento no registra antecedentes policiales, ni judiciales ni penales por delitos cometidos en contra de la libertad sexual, homicidio, feminicidio, tráfico ilícito de drogas, terrorismo, contra el patrimonio, lesiones graves, exposición de personas al peligro o secuestro.

Declaro que la información y/o datos consignados en el presente formulario y los documentos que se adjuntan son verdaderos y me someto a las sanciones estipuladas en las normas legales vigentes en caso de haber dado información falsa.

En tal sentido, aceptando los términos y/o condiciones precedentes, solicito la inscripción en el Registro de Voluntariado del MIMP de el/la voluntario/a de 14 a 17 años de edad que represento, para lo cual adjunto al presente el documento que le acredita haber realizado las jornadas de voluntariado necesarias para su inscripción, establecidas según D.S. N° 004-2017-MIMP.

Atentamente,

Firma del: Padre Madre Tutor/a del voluntario/a

DNI C.E. Pasaporte N°

