



INSCRIPCIÓN VOLUNTARIADO MAYOR DE EDAD

Datos del Voluntario:

- **Nombre y Apellidos:**
 - **Dirección:**
 - **Fecha de Nacimiento:**
 - **Edad:**
 - **Teléfono de Contacto:**
-

AUTORIZACIÓN

Yo, D./Dña. _____, con DNI
_____,

Datos Sanitarios:

- **Enfermedades Crónicas:**
- **Dietas Especiales:**
- **Alergias:**
- **Tratamientos:**

En caso de urgencia, llamar a: _____

Adjuntar:

- Fotocopia Tarjeta Sanitaria
- DNI
- Certificado de delitos Sexuales



COMPROMISO DEL VOLUNTARIO:

1. **Confidencialidad:** No revelar a persona alguna ajena a ASOCAN, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso en el desempeño de sus funciones en la ASOCIACIÓN, salvo cuando sea necesario para cumplir con obligaciones legales o por mandato de autoridad competente.
2. **Uso de Información:** Utilizar la información mencionada únicamente en el desempeño de sus funciones en ASOCAN y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad.
3. **Uso de Otra Información:** No utilizar de ninguna forma cualquier otra información obtenida debido a su condición de voluntario/a en ASOCAN que no sea necesaria para el desempeño de sus funciones.
4. **Normativa de Protección de Datos:** Cumplir con la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal, en particular la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y disposiciones complementarias, conociendo el Documento de Seguridad Interno para el Voluntariado.
5. **Duración del Compromiso:** Cumplir con los compromisos anteriores incluso después de finalizada, por cualquier causa, la relación con ASOCAN.

Autorización de Uso de Imágenes:

Autorizo a ASOCAN a hacer uso de las fotografías y vídeos tomados de mí durante el proyecto, que puedan ser publicadas en la página web y redes sociales de ASOCAN y en otros soportes digitales, con el objetivo de difundir y promocionar las actividades realizadas por la Asociación.

- **Sí autorizo a usar:**
- **No autorizo a usar:**

Este documento acredita la inscripción como voluntario/a en la Asociación de Socorristas de las Islas Canarias (ASOCAN), en cumplimiento de los requisitos y compromisos detallados anteriormente.

En Las Palmas de Gran Canaria, a día de _____ de _____ de 202__.

Firma del Voluntario/a

Firmado: Secretario ASOCAN