

## MINISTERIO AMISTAD

### Fe. Amistad. Pertenencia

#### Formulario para inscripción de voluntarios

Ministerio Amistad ha elaborado este formulario para inscribir a las personas interesadas en voluntariado, bien sea para ser mentores, supervisores o instructores de *amigos*. Ministerio Amistad considera que el uso de este formulario o algo similar, es un procedimiento eficaz que facilita la selección de los interesados y le proporcionará un ambiente seguro para los amigos que participan en el grupo Amistad. Esta no es una aplicación para empleo, ni tampoco crea o refleja una relación laboral. Este formulario ha sido elaborado por Ministerio Amistad en conjunto con la *guía para prevenir el abuso* y está sujeto a los mismos requisitos y exenciones de responsabilidad, establecidas en la guía modelo. Por consiguiente, Ministerio Amistad no se hace responsable por cualquier acto indebido o negligente adoptado por un grupo de Amistad, o por uno de sus voluntarios o mentores.

#### A. DATOS PERSONALES

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido nombre segundo nombre

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado-Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Tiene licencia de conducir? \_\_\_\_\_ Si no, explique porque:

\_\_\_\_\_

Por favor indique su número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

*Verifique esta información con la oficina de tránsito y transporte o con otra identificación con foto*

#### B. CARGO SOLICITADO:

Por favor indique el puesto o cargo que está solicitando: \_\_\_\_\_

Por favor indique la fecha que estará disponible: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo mínimo que se compromete a hacer y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. LABOR EN IGLESIAS Y EXPERIENCIA LABORAL**

Enuncie la (s) iglesia (s) que ha asistido regularmente durante los últimos 5 años: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique las razones de su retiro de la (s) iglesia (s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enuncie los empleos en donde ha trabajado con personas con discapacidades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique sus responsabilidades en estos empleos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor explique las razones de su retiro de estos empleos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enuncie sus voluntariados anteriores con personas con discapacidades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique sus responsabilidades en esos voluntariados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Explique las razones porque se retiró de esos voluntariados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado-Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Certifico que la información dada en este documento es correcta y de mi total conocimiento. Autorizo a las referencias mencionadas, para que sean consultadas sobre cualquier información (incluyendo opiniones) con respecto a mi carácter y aptitud para el cargo de voluntario que estoy solicitando. Renuncio al derecho de poder revisar cualquier información mía, proporcionada por una persona identificada en esta solicitud.*

*Libero de toda responsabilidad a cualquier persona, iglesia, empresa, referencia u organización, sobre cualquier tipo de daño ocasionado por mí, o por cualquier miembro de mi familia, durante el cumplimiento de esta autorización.*

***Firmo bajo mi consentimiento el presente documento y certifico haber leído y comprendido su contenido.***

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_