



FICHA SOLICITUD VOLUNTARIO/A

DATOS ENTIDAD

NOMBRE Asociación Ictus de Asturias y otras lesiones cerebrales adquiridas (ASICAS), **DOMICILIO SOCIAL** C/ Covadonga nº 40
Localidad Infiesto **Telefono** 623041219 **Correo-e** asociacionictusasturias@gmail.com
Presidente Ana Felicidad Cortina Estrada **DNI** [REDACTED] CP: 33530
CIF G52551777 **Persona de Contacto** Inmaculada Suárez Naredo **Página web** www.asicas.org

PERFIL DE LA ENTIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	1. Acompañamiento a la persona afectada y su familia en diferentes ámbitos. 2. Campañas informativas sobre la prevención y detección del ictus 3. Sensibilización a la ciudadanía sobre las repercusiones del ictus en la persona afectada, los familiares y la sociedad.					
Ámbito actuación ACTIVIDAD	Tareas administrativas	<input type="checkbox"/>	Educativo	<input type="checkbox"/>	Medio Ambiental	<input type="checkbox"/>
	Ocio y Tiempo Libre	<input type="checkbox"/>	Sensibilización	<input type="checkbox"/>	Cooperación al desarrollo	<input type="checkbox"/>
	Sanitario	<input checked="" type="checkbox"/>	Social	<input type="checkbox"/>	Derechos Humanos	<input type="checkbox"/>
Sector POBLACIÓN al que va dirigido	Infancia y Juventud	<input type="checkbox"/>	Mayores	<input type="checkbox"/>	Presos/expresos	<input type="checkbox"/>
	Mujer	<input type="checkbox"/>	Inmigrantes	<input type="checkbox"/>	Drogodependientes	<input type="checkbox"/>
	Personas con Discapacidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Personas sin hogar	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
DURACION DE LA ACTIVIDAD	Fecha inicio:	TEMPORALIDAD ACTIVIDAD				
	Fecha finalización:	Permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	Curso escolar	<input type="checkbox"/>	Puntual
LUGAR REALIZACIÓN	Municipio: Oviedo					
	Dirección: HUCA , residencia del afectado y en locales cedidos a la asociación para el desarrollo de su actividad					

PERFIL PERSONA A DESARROLLAR ACCIÓN VOLUNTARIA

Titulación/Estudios	Indiferente							
Idiomas (Si es necesario: Indicar idioma y nivel de conocimiento)	Inglés	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>
	Francés	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>
	Otros:	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>
Carné de conducir	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Tipo		
Habilidades y conocimientos	Compromiso Empatía y capacidad de comunicación Escucha activa y habilidades sociales Trabajar en equipo							
Tiempo y horario de la actividad	Días (especificar días de la semana de dedicación) Lunes <input checked="" type="checkbox"/> Martes <input checked="" type="checkbox"/> Miércoles <input checked="" type="checkbox"/> Jueves <input checked="" type="checkbox"/> Viernes <input checked="" type="checkbox"/> Sábado <input checked="" type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Horario (especificar las horas de prestación voluntaria) Según programación y necesidades							
TIEMPO MÍNIMO DEDICACIÓN a la ACTIVIDAD	El fijado por el voluntario en la firma del acuerdo de compromiso							
Actividades y tareas a realizar (Se puede señalar más de una)	<input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Acompañamiento al afectado <input type="checkbox"/> Información sobre prevención y detección del ictus <input type="checkbox"/> Colaboración en actividades organizadas por la asociación <input type="checkbox"/> _Asesoramiento y apoyo a los familiares							