



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
U. COMUNICACIONES Y RRPP
PARTICIPACIÓN CIUDADANA
Lpc/2019.

Fecha Solicitud: _____

Presentar
Dos Fotos
con nombre
y Rut

SOLICITUD PARA REALIZAR VOLUNTARIADO EN EL HCVB

Es obligatorio completar todos los cuadros

Nombre Completo																
Run							Fecha de Nacimiento									
Comuna de residencia																
Teléfonos de Contacto																
Correo Electrónico																
Estado Civil								Último Curso aprobado								
Tiene un Título Técnico o Profesional				SI		NO		¿Cuál?								
¿Trabaja?	SI		NO		¿estudia?	SI		NO		Es pensionado/a?		SI		NO		
¿A qué religión pertenece?								¿Desea entregar acompañamiento espiritual?		SI		NO				
¿actualmente realiza otro voluntariado?		SI		NO		¿Cuál?										
¿Pertenebió antes a algún voluntariado?		SI		NO		¿Cuál?										
¿Hará voluntariado individual o en grupo?																
¿Qué actividad realizará?																
¿A qué áreas o pacientes desea ayudar?																
Indique días y horas que destinará a su voluntariado																
Indique con qué frecuencia realizará su voluntariado																

¿Cuál es su motivación para incorporarse al Voluntariado Hospitalario? (marcar con una X)

- Experiencia personal asociada a Familiar o persona cercana hospitalizada _____
- Experiencia personal asociada a enfermedad o hospitalización _____
- Por invitación de una persona que es o fue voluntaria/o _____
- Por motivación de la religión a la que pertenece _____
- Por recomendación terapéutica (algún profesional de la salud) _____
- Otro motivo (señalar) _____

Responsabilidad:

Conozco y acepto el reglamento que regula el funcionamiento de voluntariado del HCVB.

Firma
Presidenta/Coordinador-a de
Voluntariado

Firma Voluntaria-o

Firma
Encargada de Participación Ciudadana