

SOLICITUD VOLUNTARIADO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Le invitamos a completar los siguientes datos, de manera de poder conocernos un poco más y revisar la posibilidad de unir sus deseos de ayudar con alguna de las necesidades de nuestro hospital. Le pedimos que no deje ningún campo sin completar, de manera que podamos contactarle y seguir con el proceso.

NOMBRE COMPLETO			
RUT		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO			
CORREO ELECTRÓNICO			

<p>¿Tiene experiencia en voluntariado? Describe dónde, cuánto tiempo y si estuvo asociado a algún familiar, movimiento social, religioso, etc.</p>
<p>¿Cuál es su motivación para querer realizar voluntariado en el hospital Van Buren?</p>
<p>¿Qué actividad quisiera realizar en su voluntariado? Por favor cuéntenos sus expectativas</p>
<p>¿Cuál es el horario (días y horarios) que podría destinar al voluntariado? Y también durante cuánto tiempo (por una única vez, semanal, mensual, etc.)</p>
<p>¿Quiere agregar algo más?</p>

Consultas al 322364645

Una vez completado, favor enviar este formulario a marcela.leteliera@redsalud.gob.cl