



## VOLUNTARIADO APRONAD COSTA RICA

### Formulario para realizar un voluntariado Internacional

La Asociación para la Promoción de Nuevas Alternativas de Desarrollo, APRONAD Costa Rica, a través de su programa de Voluntariado promueve la colaboración voluntaria, la iniciativa ciudadana y el compromiso social de las personas. Este formulario está dirigido a futuros voluntarios/as no costarricenses, que deseen realizar un trabajo de voluntariado superior a 20 días hábiles y es para uso exclusivo y privado de nuestra Organización.

#### **Complete la información requerida. (Complete todos los campos indicados)**

Nombre y Apellidos:

Edad:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Nº de cédula/Pasaporte:

Profesión/Oficio/Ocupación actual:

Estudios realizados solo niveles I (escuela), II (colegio), III (Universidad):

Nivel	Institución/Establecimiento	País

Dominio del idioma español (marque):

Nivel bajo/Nivel medio/Nivel alto

Otros idiomas (indique cuál/es): \_\_\_\_\_

Su permanencia en el país es por:

estudios/trabajo/vacaciones/residencia/refugio

Por cuánto tiempo planea quedarse en el país:

Una semana/15 días/un mes/3 meses/6 meses/otro

Cuánto tiempo quiere destinar para su voluntariado: \_\_\_\_\_

Con que tipo de apoyo económico cuenta durante su estadía en el país (marque):

Recursos propios/beca universitaria/ayuda estatal/subvención/comité de empresa/vacaciones pagas/Otros

Puede costearse los costos de alimentación, hospedaje y traslado:

SI/NO

Necesita ayuda económica para realizar el voluntariado:

SI/NO

Tiene seguro de cobertura médica y de responsabilidad civil mientras permanece en él país:

SI/NO

Indique: \_\_\_\_\_



**Información Complementaria. (Complete todos los campos indicados)**

¿Ha realizado algún voluntariado con anterioridad? SI / NO

¿Dónde? \_\_\_\_\_

Actividad \_\_\_\_\_

¿Porqué desea realizar un voluntariado con APRONAD Costa Rica? (En 3 líneas).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de Voluntariado le gustaría realizar? Campo/Base/Específico

Indique: \_\_\_\_\_

¿De qué forma piensa UD. que un voluntariado puede ayudar a su formación profesional y/o humana? (En tres líneas).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿De qué forma piensa UD. que puede aplicar los conocimientos y la experiencia adquirida en un voluntariado en su país de residencia? (En tres líneas).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es UD. susceptible a condiciones de pobreza e incomodidades físicas: SI/NO

¿Se encuentra UD. bajo tratamiento médico, necesita condiciones especiales de vivienda o traslado? SI/NO

Indique: \_\_\_\_\_

¿Comparte UD. información personal a través de redes sociales? (facebook/twitter/Blogspot/otros) SI/NO

Cuáles: \_\_\_\_\_

¿Requiere/Desea/Necesita un certificado de participación legalizado? SI/NO

Indique: \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información aportada es verdadera y es exclusivamente para uso privado de APRONAD Costa Rica (personería jurídica N° 3-002-577142), para fines de selección de voluntarios y no implica bajo ningún concepto vinculo alguno con la organización.

Fecha (dd/mm/aaaa):

Firma

Imprima y envíe este formulario por correo postal o entréguelo en las oficinas de APRONAD Costa Rica.

Tel : (506) 2248-9747 / 2255-2452 / Email [info@apronadcr.org](mailto:info@apronadcr.org) / [www.apronadcr.org](http://www.apronadcr.org)  
APRONAD Costa Rica. Calle 21, entre Avenidas 8 y 10, Numero 815-C. Planta baja. San José – Costa Rica.