



LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL PULIDO VALENTE

FICHA DE INSCRIÇÃO DE VOLUNTÁRIOS

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ TELEF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ PROFISSÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____ TELEF: _____

EMAIL: _____ TLM: _____

OUTRAS APTIDÕES: _____

OUTROS TRABALHOS VOLUNTÁRIOS: _____

LIGAÇÕES COM OUTRAS ORGANIZAÇÕES: _____

TEMPO DISPONÍVEL: _____

EM QUE TIPO DE TRABALHO GOSTARIA DE COLABORAR? _____

OBSERVAÇÕES: _____

DATA DA INSCRIÇÃO: ____/____/____

ASSINATURA
