



FEDERACIÓN NACIONAL DE PADRES DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE HONDURAS

FENAPAPEDISH

FICHA DE VOLUNTARIADO

Fecha:_____.

Nombre completo:_____.

No. Identidad:_____ Sexo: M:___ F:___ Edad:_____.

Celular:_____ Teléfono:_____ Oficina:_____.

Domicilio:_____

_____ Nacionalidad:_____

Profesión u oficio:_____ e-mail:_____.

Estudia:___ Trabaja:___, Centro Educativo:_____.

Nombre y Dirección del lugar de trabajo:_____

_____.

¿Por qué quieres formar parte del equipo de voluntarios de la
FENAPAPEDISH?

1. Porque tengo un familiar con discapacidad _____.
2. Porque me gusta apoyar este tipo de organizaciones _____.
3. Porque tengo un amigo con discapacidad _____.

¿Tienes conocimientos en materia de Discapacidad?

Ninguna:_____ Poca:_____ Mucha:_____

¿Tienes conocimientos en materia de Derechos Humanos?

Ninguna:_____ Poca:_____ Mucha:_____

Tienes un familiar o amigo con Discapacidad: Si_____ No:_____

Que tipo de Discapacidad:

Intelectual:_____ Auditiva:_____ Visual:_____

Física:_____ Psicosocial:_____



FEDERACIÓN NACIONAL DE PADRES DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE HONDURAS

¿Cuál es el parentesco?: _____.

FENADAPEDISH

En qué actividades te gustaría apoyarnos:

Recaudación de fondos.		Procesos legales.	
Comunicación.		Promoción de los derechos humanos.	
Fortalecimiento organizacional.		Actividades secretariales.	
Actividades recreativas.		Actividades de limpieza.	
Capacitaciones.		Atención directa a los padres.	

Horarios disponibles:

DIA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	viernes	Sábado	Domingo
Mañana							
Tarde							