

**SOLICITUD PARA SER ASEGURADO COMO VOLUNTARIO DE
PERSONAS SORDOCIEGAS**

NOMBRE Y APELLIDOS:

POBLACIÓN:

CIUDAD:

DNI.:

EMAIL.:

MARCA CON UNA X: OYENTE___ SORDO___

Me comprometo a continuar con mis funciones de voluntariado con personas sordociegas durante un año a partir de octubre de 2010.

_____ a _____ de octubre de 2010.

Fdo.: _____