



Cruz Roja  
Guatemala

Dirección de Voluntariado  
**Solicitud para ser Voluntario (a)**

### Datos Personales

Nombre Completo:

Nombre del Tutor (si es menor de edad):

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Edad:  Sexo: H  M  Estado civil:  Grupo sanguíneo:  RH:

| Capacidades diferentes: | Enfermedades:        | Alergias             |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

CUI:  Correo electrónico:

Hijos:  Dirección:  Municipio:

Departamento:  Tel. casa:  Cel:

### Datos Profesionales

| Último grado de estudios: | Profesión:           | Ocupación actual:    |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿En dónde labora actualmente?

Idioma extranjero:  Nivel %  Pasaporte:  Vence:

Idioma extranjero:  Nivel %  Licencia:  Vence:

### Interés en Cruz Roja Guatemala

¿Cómo te enteraste del Voluntariado de Cruz Roja Guatemala?

| Redes Sociales:  | Medios de Comunicación:  | Otro:  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Tiktok<br><input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Prensa | <input type="checkbox"/> Voluntarios <input type="checkbox"/> Evento<br><input type="checkbox"/> Visita a Centro Educativo |

¿Qué te interesaría aprender de Cruz Roja Guatemala?

¿Por qué te gustaría hacer Voluntariado en Cruz Roja Guatemala?

**¿En qué área le gustaría hacer Voluntariado?**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo Psicosocial             | <input type="checkbox"/> Prevención de Violencia  | <input type="checkbox"/> Apoyo Administrativo | <input type="checkbox"/> Instituto de Formación Integral (IFI) |
| <input type="checkbox"/> Donación Voluntaria de Sangre | <input type="checkbox"/> Programa de Migración    | <input type="checkbox"/> Cambio climático     | <input type="checkbox"/> Preparación y Respuesta a Desastres   |
| <input type="checkbox"/> Resiliencia Comunitaria       | <input type="checkbox"/> Atención Prehospitalaria |   |  |

**¿Ha hecho Voluntariado en otra institución?**  Sí  No **Si su respuesta es sí, mencione ¿Cuál?**

**Disponibilidad:**

**Días:** L M M J V S D      **Horario:** De: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
            De: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

**Contacto en Caso de Emergencia:**

**Nombre de Contacto:**

**Tel. casa:**     **Cel:**     **Parentesco:**

**Comentario:**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Certifico que la información y datos proporcionados anteriores son verdaderos y doy mi consentimiento a Cruz Roja Guatemalteca para que los archive en sus expedientes. | Nombre y firma del aspirante: |
|---|-------------------------------|

**Fecha de envío:** \_\_\_\_\_ **Recepción del expediente completo:** \_\_\_\_\_

**Espacio Exclusivo para la Dirección de Voluntariado y Recursos Humanos (No llenar)**

**Recibido por:** \_\_\_\_\_ **Cargo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de entrevista:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**Fecha de incorporación a Cruz Roja Guatemalteca:** \_\_\_\_\_