



PROGRAMA DE APRENDIZAJE - SERVICIO Y ACCIÓN VOLUNTARIA

Cuenca a de..... del

DATOS PERSONALES DEL USUARIO:

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	
N ° de HABITACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS	
TELEFONO DE CONTACTO	
FECHA DE NACIMIENTO	
DERIVADO POR	

DEMANDA SOLICITADA:

<input type="checkbox"/> ACOMPAÑAMIENTOS HOSPITALARIO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑAMIENTO TRANSITO HOSPITALARIO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑAMIENTO CONSULTAS, GESTIONES EXTERNAS.
---	---	---

DURACIÓN/HORARIO DEL SERVICIO:

JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD DE VOLUNTARIADO:

Fdo:
T. Social.
Hosp. Virgen de la Luz

Fdo:
Solicitante/Paciente.

El paciente ha sido informado y autoriza la implantación del Servicio del Programa de Aprendizaje-Servicio y Acción Voluntaria.