



# **COPROT Tortugas de Osa**

## **Formulario de Aplicación para**

### **Voluntariado**



*Organización & Comunidad Sin Fines de Lucro para la Conservación  
Carate, Osa Peninsula, Costa Rica*

\*Por favor, ingresar todas las fechas con el formato dd / mm / aaaa. Además, todos los números de teléfono deben incluir su código internacional \*

**Disponibilidad:** Por favor, solo indique las fechas en las que está disponible durante las 24 horas.

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

#### **Información de Contacto:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado/Región: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Información de Contacto de Emergencia:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### **Información Medica:**

Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguro de

Viaje: \_\_\_\_\_

¿Puedes levantar 15 kilos?  Sí  No

¿Puedes caminar al menos 6 horas por la playa?  Sí  No

¿Tienes algunas condición física o mental que pudiese afectar tus actividades?  Sí  No

Si la respuesta es positiva, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

Por favor indique cualquier medicamento que traerá

consigo: \_\_\_\_\_

---

Por favor nombra cualquier alergia o restricción alimenticia que tengas:

---

---

**Educación/Experiencia Laboral:**

Mayor Nivel de Educación: \_\_\_\_\_ Estudios/Foco Principal: \_\_\_\_\_

Empleador Actual y Ocupación: \_\_\_\_\_

Idiomas Hablados: \_\_\_\_\_

¿Qué habilidades puedes contribuir a nuestro proyecto? Habilidades computacionales, jardinería sustentable, enseñar ingles, etc..:

---

---

---

¿Alguna vez haz sido condenado por violar la ley? Por ejemplo, leyes de tráfico u otras.

Sí  No

Si la respuesta es positiva, por favor explique :

---

---

---