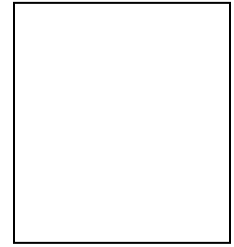




# PARQUE ZOOLOGICO HUACHIPA

## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INTERNACIONAL

### FICHA DE POSTULANTE



(Por favor llenar los datos con letra imprenta)

**Nombres y Apellidos:** .....

**País:** ..... **Ciudad** .....

**Dirección:** .....

**E-mail:** ..... / .....

**Teléfonos:** CASA ..... CELULAR ..... OTRO .....

**Persona de contacto:** .....

**Fecha de Nacimiento:** ..... / ..... / ..... **Lugar:** ..... : **PASAPORTE:** .....

**Educación:** UNIVERSIDAD.....

Ciclo cursado actualmente:.....

Fecha de Egreso ..... / ..... / .....

**Ocupación Actual:**.....

**Idiomas:** ( ) Inglés ( ) Francés ( ) Alemán ( ) Portugués ( ) Otro.....

**Fechas disponibles para el voluntariado: INICIO**..... / ..... (Día / Mes) **TERMINO** ..... / ..... (Día / Mes)

**En caso de emergencia contactar a:**

Nombre:.....

Parentesco.....

Teléfono..... Celular .....

**¿Por qué desea ser parte del Programa de voluntariado del Parque Zoológico Huachipa?**

.....  
.....  
.....  
.....

..... de..... del 20.....

**Firma del Postulante:** .....

**Resultado:** ( ) Aprobado Evaluado por: ..... (Sólo para uso Interno - PZH)  
( ) Desaprobado Razón: .....



# PARQUE ZOOLOGICO HUACHIPA

## INFORMACION ADICIONAL INTERNACIONAL

(Por favor llenar los datos con letra imprenta)

### DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: ..... Edad.....

E-mail: ..... PASAPORTE: .....

Teléfonos: CASA ..... CELULAR ..... OTRO .....

### DATOS DE VIAJE

Día de viaje: ..... Fecha ..... / ..... / ..... Hora.....

Aerolinea : ..... Nº de Vuelo .....

Requiere transporte desde el aeropuerto: ( ) Si ( ) No Destino (Distrito).....

Requiere alojamiento en el zoológico: ( ) Si ( ) No

Requiere que le busquen un alojamiento: ( ) Si ( ) No

### ALIMENTACION

Es vegetariano ( ) Si ( ) No

Es alérgico a algún alimento ( ) Si ( ) No Especificar .....

### SALUD

En caso de emergencia contactar a: .....

Nombre del Seguro medico: ..... Número contacto del seguro.....

Tipo de sangre: .....

Es alérgico a algún medicamento: .....

Sufre de alguna enfermedad crónica: .....

Lima, ..... de ..... del 20.....

Firma del Postulante: .....