

# Aplicación de VolunTEEN

Los adolescentes deben tener entre 13 y 17 años para participar en el programa VolunTEEN:



josephinelibrary.org/es  
info@josephinelibrary.org

## Informacion Personal

Nombre completo:  Fecha De Nacimiento:

Dirección:

Correo Electronico:  Numero de Telefono:

## Contactos de Emergencia

Nombre Completo:

Numero de telefono:  Relación:

Nombre Completo:

Numero de telefono:  Relacion:

## Disponibilidad y Áreas de Interés *(marque todo lo que corresponda)*

Sucursal	Disponibilidad	Martes	Miércoles	Miércoles	Miércoles	Sabado
<input type="checkbox"/> Grants Pass   Martes-Sabado						
<input type="checkbox"/> Illinois Valley   Miercoles-Sabado	Mañanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Williams   Mar, Mier, Viernes, Sabado	Tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wolf Creek   Miercoles, Viernes, Sabado	Tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estoy interesado en:

- Biblioteca infantil** ayudar a las familias y a los jóvenes a encontrar libros, apoyar manualidades y actividades
- Estanterías** devolver los libros a su lugar en las estanterías
- Servicios Técnicos/Catalogación** ayudar a procesar materiales utilizando ordenadores
- Comunicaciones** actualizaciones de redes sociales y del sitio web, tablonas de anuncios (requiere conocimientos informáticos)
- Eventos especiales / Divulgación** participar en eventos de la comunidad con el personal de la biblioteca

Indique los idiomas que habla además del Español :

.....

.....

## Reconocimiento de la confidencialidad de los usuarios

Entiendo que los registros personales y de uso de la biblioteca de los usuarios y voluntarios son privados y confidenciales. Si tengo acceso a dichos registros no compartiré la información contenida en ellos con nadie. Divulgar información sobre los usuarios es una ofensa grave y resultará en mi despido.

Al enviar este formulario, doy mi consentimiento para que esta información sea compartida con la Josephine Community Library Foundation.

Nombre del VolunTEEN

Firma

Fecha

Por Favor contacte al coordinador de voluntarios en 541- 476- 0571 extensión. 111 con cualquier pregunta.

**Este voluntario tiene 13-17 años y tiene mi permiso de ser voluntario para Josephine Community Library District.**

Nombre de Padre/Tutor:

Firma:

Fecha: