# Acuerdo de Voluntad

Yo (nombre completo del Jefe de Grupo Familiar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con CC. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de (ciudad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente en el municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_manifiesto mi interés de participar voluntariamente en la modalidad Unidades de Apoyo y Fortalecimiento a Familias – UNAFA.

Comprendo que el propósito de este programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar *es promover procesos de desarrollo familiar e inclusión social* y que será implementado por la organización (Nombre del operador) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se firma a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ año 2019.

Nombre del NNA con discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_ Número de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del jefe de Grupo Familiar: