

Persona	
PK	<u>ID</u>
	Nombre
	Apellido
	Dni
	Edad
	Patologia
	Ciudad
	Domicilio

Accion	
PK	<u>ID</u>
	Fecha_Realizacion
	Estado
	Descripcion
	Lugar

Voluntario	
PK	<u>ID</u>
	Nombre
	Apellido
	Domicilio
	Dni
	Edad
	Formacion
	Experiencia

Centro	
PK	<u>ID</u>
	Nombre
	Ciudad
	Codigo Postal

