Olsztyn, dn. ...................................

Imię i Nazwisko ...........................................................................................................................

Miejsce zamieszkania ..................................................................................................................

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

Miejsce zameldowania (jeśli to taki sam adres jak wyżej to nic nie pisz ……...............................

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

Seria i numer dowodu osobistego ..............................................................................................

Ile masz lat? .......................................

Kontakt

tel: kom.................................. e-mail ………………………………….......................................................

Czy masz prawo jazdy? tak nie Czy posiadasz samochód? tak nie

Co robisz? uczę się/studiuję pracuję

Wpisz proszę nazwę i adres uczelni lub zakładu pracy: ..............................................................

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

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

Czy chcesz pomagać w biurze Hospicjum? tak nie

Czy chcesz pomagać rodzinom chorych? tak nie

Czy chcesz brać udział w akcjach organizowanych przez Hospicjum? tak nie

Wolny czas – wpisz kiedy i w jakich godzinach dysponujesz wolnym czasem

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek | Sobota | Niedziela |
|  |  |  |  |  |  |  |

Napisz proszę kilka słów o sobie

(Dlaczego chcesz zostać wolontariuszem, jakie masz zainteresowania, umiejętności. Pisz o wszystkim, o czym chcesz żebym wiedział).

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

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

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

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

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

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

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

Podpis .................................

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/ny ................................................................................................................

Oświadczam, że nigdy nie korzystałam/łem z leczenia psychiatrycznego ani żadnych form psychoterapii.

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

podpis

Zobowiązanie

Ja niżej podpisana/ny .................................................................................................................. Zobowiązuję się do niepodejmowania żadnych form leczenia i terapii w stosunku do pacjentów będących pod opieką Hospicjum Domowego Caritas bez zgody lekarza Hospicjum Domowego Caritas pod którego opieką znajduje się pacjent.

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

podpis

Zobowiązanie

Ja niżej podpisana/ny .................................................................................................................. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z sytuacją socjalną i zdrowotną osób, na rzecz których świadczy pomoc Hospicjum Domowego Caritas. Niniejsze zobowiązanie zachowuje ważność również po zakończeniu współpracy z Hospicjum Domowym Caritas

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

podpis

Zgoda rodziców osoby niepełnoletniej

Ja niżej podpisana/ny .................................................................................................................. legitymująca/cy się dowodem osobistym seria i numer ............................................................. wyrażam zgodę na pracę córki/syna ........................................................................................... jako wolontariuszki/wolontariusza w Hospicjum Domowym Caritas.

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

Podpis

*Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) Hospicjum informuje, że dobrowolnie podane w ankiecie dane przetwarzane będą w celu kwalifikacji osoby do pełnienia funkcji wolontariusza oraz w przypadku pozytywnej oceny również zawarcia porozumienia i dalszej współpracy z wolontariuszem. Administratorem danych osobowych podanych w ankiecie jest Hospicjum Domowe Caritas z siedzibą w Olsztynie (kod pocztowy 10-555), przy ul. Kościuszki 86. Przetwarzane dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom, w rozumieniu art. 7 pkt. 6 wspomnianej powyżej ustawy. Osobie wypełniającej ankietę przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.*