



DATA PRZYJĘCIA:
(wypełnia koordynator wolontariatu): WA / WH

FORMULARZ WOLONTARIUSZA

Imię i nazwisko:			
Adres zamieszkania:			
Data urodzenia:		PESEL:	
Telefon kontaktowy:			
E-mail:			
Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy rodzica/opiekuna wolontariusza małoletniego:			

Wykształcenie	Szkoła:	
	Uczelnia / Kierunek / Specjalizacja:	
Miejsce zatrudnienia / zawód / stanowisko:		

1. Czy pracowałeś/-aś już jako wolontariusz?

- NIE TAK – jak długo i gdzie?

2. Chciałbym posługiwać jako wolontariusz:

- Długoterminowo;
 Regularnie – minimum 2 godziny w tygodniu;
 Okazyjnie – akcje okolicznościowe, charytatywne, zbiórki, koncerty itp.

3. W jakim rodzaju pracy widzisz się w wolontariacie?

- Pomoc w pracach komputerowych i biurowych;
 Pomoc w pracach porządkowych na terenie obiektu;
 Pomoc w przygotowaniu i przeprowadzaniu akcji charytatywnych;
 Organizacja czasu i pomoc pacjentom hospicjum stacjonarnego i domowego;
 Inna

4. Na pracę w Hospicjum mogę poświęcić tygodniowo:

- 1-2 godziny; 2-5 godzin; 5-10 godzin; 10-20 godzin; 20-40 godzin

5. Moje zainteresowania, hobby:

6. Skąd się Pan/Pani o nas dowiedział/-a?

- od rodziny/znajomych; z mediów (prasa, radio, TV); z Internetu; inne:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu na potrzeby związane z działalnością Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach w celu informowania mnie o realizowanych działaniach (zgodnie z art. 23, ust. 1, pkt 1 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

Żory, dnia

.....
Czytelny podpis