|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA**    **KANYDATA NA WOLONTARIUSZA**  **ODDZIAŁU NOWORODKOWEGO W SZPITALU MIEJSKIM**  **IM. FRANCISZKA RASZEI W POZNANIU** | | | |
| Imię i nazwisko |  | | |
| Telefon kontaktowy |  | miesiąc i rok urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  | | |
| Adres e-mail |  | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | |
| Moje zainteresowania |  | | |
| Moje mocne strony |  | | |
| Moje słabe strony |  | | |
| Doświadczenie w wolontariacie  (napisz czy i dla jakiej organizacji oraz w jakim charakterze pracował/a Pan/Pani jako wolontariusz) |  | | |
| Dlaczego chce Pan/Pani zostać wolontariuszem na Oddziale Noworodkowym Szpitala Miejskiego im. F. Raszei w Poznaniu? |  | | |
| Wskaż cechy jakimi, powinien charakteryzować się wolontariusz na Oddziale Noworodkowym |  | | |
| Jak wyobraża sobie Pan/Pani swoje zadania na Oddziale Noworodkowym? |  | | |
| Określ swoją dyspozycyjność  (np. które dni, ile czasu w tygodniu może Pan/i spędzać na Oddziale) |  | | |
| Czy kiedykolwiek leczył/a się Pan/i psychiatrycznie lub jest w trakcie leczenia psychiatrycznego? | TAK / NIE  (skreśl nieprawdziwą odpowiedź) | | |
| Czy był/a Pan/i karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie? | TAK / NIE  (skreśl nieprawdziwą odpowiedź) | | |

Data …................................................. Podpis …..................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Towarzystwo Wspierania Chorych i Potrzebujących im dra Kazimierza Hołogi**, z siedzibą w Poznaniu na ulicy Głogowskiej 39/8, w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia szkolenia dla kandydatów na wolontariuszy na Oddziale Noworodkowym Szpitala Miejskiego im. Fr. Raszei w Poznaniu oraz obsługi moich działań wolontariackich do momentu zakończenia współpracy (zgodnie z Ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie Dz.U. 2003 Nr 96 poz. 873 późn. zmien.)

TAK / NIE

(skreśl nieprawdziwą odpowiedź)

Data …................................................. Podpis …...................................................

Towarzystwo Wspierania Chorych i Potrzebujących im dra Kazimierza Hołogi z siedzibą w Poznaniu na ulicy Głogowskiej 39/8, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią że:

* podanie danych jest dobrowolne. Nie ma Pan/Pani obowiązku podania swoich danych. Podanie danych jest jednak niezbędne do realizacji określonego wyżej celu;
* przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania;
* zgoda na przetwarzanie danych osobowych może być przez Pana/Panią cofnięta w  każdym czasie;
* Pana/Pani dane osobowe zostaną wykorzystane dla przygotowania zaświadczeń, zgodnie z brzmieniem przepisu art. 21, ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, w zakresie weryfikacji osób dopuszczonych do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub opieką nad nimi.