

<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA WOLONTARIUSZA MEDYCZNEGO</b>	
Imię i nazwisko	
Nr dowodu tożsamości	
Telefon kontaktowy	PESEL
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
<b>POZOSTAŁE INFORMACJE O WOLONTARIUSZU</b>	
Moje zainteresowania	
Moje mocne strony	
Moje słabe strony	
Doświadczenie w wolontariacie (napisz kilka słów czy i dla jakiej organizacji oraz w jakim charakterze pracowałeś/aś jako wolontariusz)	

<p>Dlaczego chcesz zostać wolontariuszem Hospicjum Palium?</p>	
<p>Wskaż cechy jakimi powinien charakteryzować się wolontariusz hospicyjny</p>	
<p>Jak wyobrażasz sobie <b>swoją</b> posługę chorym?</p>	
<p>Ograniczenia w pracy wolontariusza (napisz czym nie możesz albo nie chcesz się zajmować ze względów zdrowotnych, ograniczeń czasu lub z innych przyczyn)</p>	
<p>Określ swoją dyspozycyjność (np. które dni, ile dni w tygodniu możesz się zaangażować)</p>	
<p>Czy masz doświadczenie w kontakcie z osobą umierającą?</p>	<p><b>TAK / NIE</b> (proszę odpowiedzieć poprzez skreślenie nieprawdziwej odpowiedzi)</p>
<p>Czy w ciągu ostatniego roku straciłeś bliską Ci osobę?</p>	<p><b>TAK / NIE</b> (proszę odpowiedzieć poprzez skreślenie nieprawdziwej odpowiedzi)</p>
<p>Czy kiedykolwiek leczyłeś się psychiatrycznie lub jesteś w trakcie leczenia psychiatrycznego?</p>	<p><b>TAK / NIE</b> (proszę odpowiedzieć poprzez skreślenie nieprawdziwej odpowiedzi)</p>

Czy byłeś karany za przestępstwo popełnione umyślnie?	<b>TAK / NIE</b> (proszę odpowiedzieć poprzez skreślenie nieprawdziwej odpowiedzi)
Pytania/uwagi do koordynatora	

Data .....

Podpis .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu, os. Rusa 55, 61-245 Poznań, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do 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**

(proszę odpowiedzieć poprzez skreślenie odpowiedzi)

Data .....

Podpis .....

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu, os. Rusa 55 61-245 Poznań, 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 powyżej 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 nie będą udostępniane innym odbiorcom, chyba że wynika to z przepisów prawa.