*Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu*
*Os. Rusa 55, 61-245 Poznań,* ***tel.*** *61 8738310,*
**e-mail:** motyliwolontariat@hospicjum-palium.pl
www.hospicjum-palium.pl

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA **WOLONTARIUSZA MEDYCZNEGO** | | | |
|---|---|---|---|
| Imię i nazwisko | | | |
| Nr dowodu tożsamości | | | |
| Telefon kontaktowy | | PESEL | |
| Adres zamieszkania | | | |
| Adres e-mail | | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE O WOLONTARIUSZU** | | | |
| 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) | | | |

Hospicjum Palium

*Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu*
*Os. Rusa 55, 61-245 Poznań,* ***tel.*** *61 8738310,*
**e-mail:** motyliwolontariat@hospicjum-palium.pl
www.hospicjum-palium.pl

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

*Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu*
*Os. Rusa 55, 61-245 Poznań, **tel.** 61 8738310,*
**e-mail:** motyliwolontariat@hospicjum-palium.pl
www.hospicjum-palium.pl

| | |
|---|---|
| Czy byłeś karany za przestępstwo popełnione umyślnie? | TAK / NIE<br>(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 będę udostępniane innym odbiorcom, chyba że wynika to z przepisów prawa.