



WOŁONTARIAT OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W SZPROTAWIE
FORMULARZ
OSOBY POTRZEBUJĄCEJ POMOCY WOŁONTARYSTYCZNEJ

I. IMIĘ, NAZWISKO I ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ POMOCY WOŁONTARIUSZY

.....

II. NUMER TELEFONU

III. W JAKIM ZAKRESIE OCZEKUJE PAN/ PANI POMOCY WOŁONTARYSTYCZNEJ ?

-
-
-
-
-

IV. W JAKICH DNIACH POTRZEBUJE PAN/PANI POMOCY WOŁONTARIUSZY ?

.....

V. W JAKICH GODZINACH OCZEKUJE PAN/PANI POMOCY WOŁONTARIUSZY ?

.....

VI. DODATKOWE OCZEKIWANIA WOBEC WOŁONTARIUSZY: WIEK, PŁEĆ, WYKSZTAŁCENIE, UMIEJĘTNOŚCI.

-
-
-
-

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedmiotowym formularzu przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Szprotawie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z zm.).

.....
DATA WYPEŁNIENIA

.....
PODPIS OSOBY POTRZEBUJĄCEJ POMOCY

* Wypełniony formularz należy doręczyć osobiście lub wysłać pocztą na adres :
Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Krasieńskiego 23
67 – 300 Szprotawa