



WOLONTARIAT OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W SZPROTAWIE FORMULARZ DLA WOLONTARIUSZA

I. IMIĘ, NAZWISKO / DATA URODZENIA

.....

II. ADRES ZAMIESZKANIA

.....

III. NUMER TELEFONU

.....

IV. E-MAIL

.....

V. WYKSZTAŁCENIE

VI. CZY PRACUJE PAN/ PANI ZAWODOWO ? TAK NIE

a. Jeżeli Tak, to proszę podać:

- nazwę instytucji
- adres i telefon służbowy
- zawód wykonywany

b. Jeżeli Nie, to proszę podać czy jest Pan/ Pani :

- uczniem bezrobotnym
- studentem emerytem
- rencistą inne

VII. CZY PRACOWAŁ (A) PAN/PANI JAKO WOLONTARIUSZ / WOLONTARIUSZKA ?

TAK NIE

a. Jeżeli Tak, to proszę podać na czym to praca polegała ?

.....

.....

.....

.....

VIII. DLACZEGO CHCE PAN/PANI PRACOWAC JAKO WOLONTARIUSZ / WOLONTARIUSZKA

1. Chcę mieć zajęcie;
 2. Chcę poznać nowych ludzi;
 3. Dla własnej satysfakcji;
 4. Chcę zdobyć nowe umiejętności;
 5. Chcę pomagać ludziom potrzebującym;
 6. Chcę spłacić dług wdzięczności wobec innych;
 7. Inne
-

IX. JAKO WOLONTARIUSZ / WOLONTARIUSZKA JAKI TYP PRACY CHCESZ WYKONYWAĆ ?

- praca z dziećmi i młodzieżą
- praca z osobami starszymi
- prace biurowe

- pomoc w nauce :
- zakres szkoły podstawowej - przedmioty
- zakres gimnazjum - przedmioty
- zakres szkoły ponadgimnazjalnej - przedmioty
- pisanie tekstów, ulotek, plakatów, biuletynów
- pomoc w organizowaniu imprez, festynów, akcji, uroczystości, konferencji

X. PREFEROWANE OBSZARY DZIAŁAŃ W KTÓRE CHCESZ SIĘ ANGAŻOWAĆ ?

- oświata, edukacja, wychowanie
- sport, turystyka
- ochrona zdrowia: szpitale, hospicja, rehabilitacja
- wspieranie i opieka nad osobami starszymi
- pomoc społeczna
- pomoc niepełnosprawnym

XI. JAKIM CZASEM NA WOLONTARIAT PAN/PANI DYSPONUJE ?

	PON	WT	ŚR	CZW	PT	SOB	N
W godzinach							
Dowolny dzień							

XII. CZY BYŁ/ BYŁA PAN/ PANI KARANA ? TAK NIE

XIII. ZAREKLAMUJ SIEBIE:

- obsługa komputera / internet
- dobra znajomość języków obcych, jakich?
- uzdolnienia artystyczne, jakie?
- umiejętności sportowe, jakie?
- ukończone kursy, szkolenia, jakie ?
- dodatkowe informacje

*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 formularza:

Czytelny podpis osoby wypełniającej:

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