



Dziękujemy, że chcesz z nami pracować. Chcielibyśmy pomóc Ci odnaleźć właściwe miejsce w naszym zespole dla dobra naszych chorych i Twojego, dlatego prosimy o czytelną odpowiedź na kilka poniższych pytań.

WYKSZTAŁCENIE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Szkoła / klasa:

Studia / kierunek / specjalizacja / rok:

Miejsce zatrudnienia / stanowisko:

Kontakt:

e-mail

tel. stacjonarny

tel. komórkowy

.....

Lubisz pracować: samodzielnie w małym zespole w dużej grupie

Twoje zainteresowania, hobby:

Twoje cechy osobowości, w tym atuty (mocne strony):

.....

Ograniczenia w Twojej pracy wolontariusza:

Zdrowotne: NIE / TAK - jakie:

Czasowe: NIE / TAK - jakie:

Geograficzne: NIE / TAK - jakie:

Inne: NIE / TAK - jakie:

Czy pracowałeś/-eś już jako wolontariusz? NIE / TAK - gdzie?

W jakim charakterze?

Jak długo?

W jakim rodzaju pracy widzisz się w naszym wolontariacie?

- towarzyszenie pacjentowi,
- prace pomocnicze na oddziale stacjonarnym lub hospicjum domowym,
- organizacja czasu pacjentom (np.: kawiarenka Cafe Jeż, Klub 1000),
- pomoc w pracach komputerowych, biurowych i ewidencji hospicyjnej,
- pomoc w przygotowaniu i przeprowadzaniu akcji charytatywnych,
- pomoc w pracach porządkowych na terenie obiektu,

inne:
.....
.....

Chciałabyś/chciałbyś pracować jako wolontariusz:

- regularnie - minimum 3 godziny w tygodniu,
- okazynie - akcje okolicznościowe, charytatywne, zbiórki, koncerty itp.,
- długoterminowo,
- do uzyskania minimalnej ilości punktów wymaganych w szkole,
- inaczej:

Na pracę w Hospicjum / Fundacji Hospicyjnej możesz poświęcić tygodniowo:

- 1-2 godziny, 2-5 godzin, 5-10 godzin, 10-20 godzin, 20-40 godzin.

O wolontariacie prowadzonym w Hospicjum / Fundacji Hospicyjnej dowiedziałas/-eś się:

- ze stron internetowych,
 - od koleżanki, kolegi, znajomego, członka rodziny,
 - poprzez bezpośredni kontakt z pracownikiem Centrum Wolontariatu,
 - podczas sprawowanej opieki paliatywno-hospicyjnej nad członkiem rodziny lub innym bliskim,
 - w inny sposób:
-
.....
.....

Chciałabyś/chciałbyś zostać wolontariuszem Hospicjum / Fundacji Hospicyjnej, ponieważ:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
(data)

.....
(podpis kandydata na wolontariusza)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Hospicyjna, z siedzibą w Gdańsku 80-208, przy ul. Chodowieckiego 10, tel. 58 345 90 60, e-mail: biuro@fundacjahospicyjna.pl;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych - inspektor.rod@hospicja.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wolontariatu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji projektów wynikających z działań statutowych Fundacji Hospicyjnej;;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 miesięcy lub przez okres, na który zostało zawarte porozumienie wolontariackie;
- 6) dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu;
- 7) Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 8) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować odmową podjęcia współpracy przez Administratora Danych.

KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procesu rekrutacji wolontariuszy w Fundacji Hospicyjnej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku bez ograniczeń terytorialnych i czasowych za pośrednictwem dowolnego medium poprzez publikację fotografii wykonanych przez Fundację Hospicyjną lub przekazanych przeze mnie do Fundacji Hospicyjnej. Jednocześnie oświadczam, że wykonane fotografie nie naruszają moich dóbr osobistych. Fotografie zostaną wykorzystane do działań informacyjno-promocyjnych oraz działań statutowych Fundacji Hospicyjnej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu Wolontariatu Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku”, w tym z przysługującymi mi prawami i ciążącymi na mnie obowiązkami, i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjentów, ich rodzin oraz osób zatrudnionych w Fundacji Hospicyjnej, a także innych informacji objętych przez Fundację Hospicyjną obowiązkiem zachowania w tajemnicy, które uzyskałam/em podczas przebywania pod opieką Fundacji Hospicyjnej oraz po jej zakończeniu.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....
(data)

.....
(podpis kandydata na wolontariusza)