

.....
Znak HPK

KARTA ZGŁOSZENIA

KANDYDATA NA WOLONTARIUSZA HOSPICJUM IM. PIOTRA KRÓLA

Dziękujemy za Twoje zainteresowanie. Chcielibyśmy ci pomóc odnaleźć właściwe miejsce w naszym zespole dla dobra naszych Podopiecznych i Twojego, dlatego prosimy o odpowiedź na kilka pytań.

Dane osobowe:						
Imię		Nazwisko			Wiek	
Telefon kontaktowy				E-mail		
Nr i seria dowodu osobistego						
Określ proszę swój status zawodowy:						
<input type="checkbox"/> uczeń <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> pracujący <input type="checkbox"/> rencista			<input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> niepracujący <input type="checkbox"/> inny			
Preferowane obszary działań, w które chciałabyś/chciałbyś się zaangażować:						
<input type="checkbox"/> towarzyszący <input type="checkbox"/> akcyjny <input type="checkbox"/> kompetencyjny (proszę określić w zakresie jakich posiadanych przez Ciebie kompetencji) <input type="checkbox"/> medyczny (możliwy wyłącznie dla wolontariuszy posiadających udokumentowane i zweryfikowane kwalifikacje)						
Ile czasu możesz przeznaczyć na wolontariat na rzecz Hospicjum im. Piotra Króla?						
<input type="checkbox"/> 2 godziny tygodniowo <input type="checkbox"/> godzin tygodniowo (więcej niż 2 godziny tygodniowo)						
Wpisz proszę, w jakich dniach i godzinach dysponujesz czasem, który chciałabyś/chciałbyś przeznaczyć na wolontariat w Hospicjum:						
PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA	NIEDZIELA
Lubię pracować:						
<input type="checkbox"/> samodzielnie		<input type="checkbox"/> w małym zespole			<input type="checkbox"/> w dużej grupie	

Wymień swoje umiejętności, które mogą być pomocne podczas wolontariatu:

Informacje dodatkowe, które chciałabyś/chciałbyś wykorzystywać na rzecz Hospicjum (np. uzdolnienia, umiejętności, ukończone kursy, szkolenia itp.):

Okres ważności zgłoszenia (deklarowany czas aktywności wolontariackiej):

Skąd się o nas dowiedziałas/eś

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> strona internetowa
<input type="checkbox"/> social media (Facebook, Instagram)
<input type="checkbox"/> radio, telewizja | <input type="checkbox"/> prasa
<input type="checkbox"/> szkoła, uczelnia
<input type="checkbox"/> inni wolontariusze
<input type="checkbox"/> inne źródła (jaki?)..... |
|---|---|

Zobowiązanie

Ja niżej podpisana/y zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z sytuacją socjalną i zdrowotną osób, na rzecz których świadczę pomoc w Hospicjum im. Piotra Króla. Niniejsze zobowiązanie zachowuje ważność również po zakończeniu podjętych przeze mnie działań wolontariackich na rzecz Hospicjum im. Piotra Króla.

.....
data i podpis

Zgoda

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie na potrzeby rozpatrzenia mojej kandydatury na wolontariusza przez Stowarzyszenie Hospicjum im. Piotra Króla z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej przy ul. Edmunda Bembnisty 2, 63-000 Środa Wielkopolska, zgodnie z przepisami prawa z zakresu ochrony danych osobowych.

.....
data i podpis

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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 Stowarzyszenie Hospicjum im. Piotra Króla z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej przy ul. Edmunda Bembnisty 2, 63-000 Środa Wielkopolska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – stowarzyszenie@hospicjumk.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wolontariatu.

Na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. :

- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie upoważnieni członkowie zarządu i pracownicy Stowarzyszenia Hospicjum im. Piotra Króla z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej przy ul. Edmunda Bembnisty 2, 63-000 Środa Wielkopolska, podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz partnerzy akcji charytatywnych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres obowiązywania umowy lub do dnia wniesienia sprzeciwu;
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować odmową podjęcia współpracy przez Administratora.

Zapoznałam/łem się

.....
(data i podpis)