



STOWARZYSZENIE HOSPICJUM OPOLSKIE

45-555 Opole, Pl. Kościelny 2
tel./fax. 077/ 45 31 771, kom. 728 949 636
NIP 754 – 26 – 77 – 352
KRS: 0000025002
www.hospicjumopolskie.pl

Rok założenia 2001

KARTA ZGŁOSZENIA WOLONTARIUSZA

(przyjęcie nowego wolontariusza/aktualizacja danych)

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon, e – mail	
Imię i nazwisko rodziców/ opiekunów (dot. wolontariusza niepełnoletniego)	
Telefon do rodziców/opiekunów (dot. wolontariusza niepełnoletniego)	
Imię i nazwisko osoby, którą należy powiadomić w razie potrzeby, adres, numer telefonu	

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza

.....
Miejscowość i data

podpis rodzica/opiekuna prawnego(dot. wolontariusza niepełnoletniego)

2. Kiedy dysponuje Pan / Pani czasem wolnym i chciał(a)by wspierać hospicjum?

- ♣ poniedziałek -
- ♣ wtorek -
- ♣ środa -
- ♣ czwartek -
- ♣ piątek -
- ♣ sobota -
- ♣ niedziela -

3. Czy posiada Pan/Pani książeczkę lub zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych:

- ♣ tak
- ♣ nie
- ♣ jestem w trakcie wyrobienia

4. Zobowiązuję się dostarczyć w okresie dwóch tygodni od dnia podpisania niniejszej deklaracji

zaświadczenie lekarskie dopuszczające mnie do pracy na stanowisku wolontariusza.

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza

.....
Miejscowość i data

podpis rodzica/opiekuna prawnego(dot. wolontariusza niepełnoletniego)

5. Oświadczenia

- Oświadczam, iż zobowiązuje się do zachowania tajemnicy na temat informacji dotyczących okoliczności leczenia pacjentów oraz ich danych osobowych, o których dowiem się podczas wykonywania pracy w ramach wolontariatu w Stowarzyszeniu Hospicjum opolskie i Centrum Opieki Paliatywnej „Betania”.

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza lub prawnego opiekuna w
przypadku osoby niepełnoletniej

- Oświadczam, iż mam świadomość występującego w hospicjum zagrożenia zdrowia i życia w związku z rodzajem działalności prowadzonej przez Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie i Centrum Opieki Paliatywnej „Betania”.

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza lub prawnego opiekuna w
przypadku osoby niepełnoletniej

- Oświadczam, że nie jestem uzależniony od żadnych środków odurzających i psychoaktywnych.

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza lub prawnego opiekuna w
przypadku osoby niepełnoletniej

- Oświadczam, że nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu i nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie karne.

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza lub prawnego opiekuna w
przypadku osoby niepełnoletniej

6. Ochrona danych osobowych/ wykorzystanie wizerunku

W związku z Europejskim Rozporządzeniem RODO dotyczącym ochrony danych osób fizycznych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie (Administratorem) w celach:

1. bezpłatnego wykorzystania mojego wizerunku w materiałach promocyjnych i informacyjnych zawartych na stronie internetowej oraz facebooku Stowarzyszenia oraz w mediach lokalnych [TAK] [NIE]
2. kontaktu w przypadku organizacji wydarzeń charytatywnych przez Stowarzyszenie oraz informowania mnie o innych, ważnych z punktu widzenia wolontariusza wydarzeniach hospicyjnych. [TAK] [NIE]
3. przekazania danych osobowych podmiotom, które zobowiązane są do ochrony obiektów, w których przeprowadzane są akcje wolontariatu [TAK] [NIE]
4. upublicznienia mojego imienia i nazwiska na zbiorczej liście obecności w celu prowadzenia ewidencji czasu pracy wolontariackiej [TAK] [NIE]

Obowiązek informacyjny został dostarczony w formie załącznika do niniejszego formularza

.....
Miejscowość i data

podpis wolontariusza lub prawnego opiekuna w
przypadku osoby niepełnoletniej