



STOWARZYSZENIE HOSPICJUM OPOLSKIE

45-555 Opole, Pl. Kościelny 2

tel./fax. 077/ 45 31 771

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- propozycja?

- 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 lub kopię książeczki zdrowia dopuszczające mnie do pracy na stanowisku wolontariusza medycznego (wolontariusz medyczny).

.....
Miejscowość i data

.....
podpis wolontariusza

.....
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
i prawnego opiekuna w przypadku osoby niepełnoletniej*