

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WOLONTARIUSZA ŚLĄSKIEGO HOSPICJUM DLA DZIECI

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Miejsce zameldowania (jeśli inne niż miejsce zamieszkania)

Data urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego

Kontakt tel.: kom. dom praca

e-mail

Czy masz prawo jazdy? TAK NIE Czy posiadasz samochód? TAK NIE

Co robisz? *uczę się / studiuje / pracuje*

Nazwa i adres uczelni lub zakładu pracy :

Wykształcenie Zawód

Czy chcesz pomagać w biurze fundacji? TAK NIE

Czy chcesz pomagać rodzinom chorych dzieci ? TAK NIE

W jakie dni tygodnia i w jakich godzinach dysponujesz czasem? (ważne m.in. przy pomocy w biurze)

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela

Na jakim terenie możesz działać? *Pszczyna / całe województwo śląskie / następujące miasta w województwie śląskim:*

Jak dowiedziałeś/aś się o Fundacji Śląskie Hospicjum dla Dzieci

Czy pracowałeś/aś już jako wolontariusz/ka? TAK NIE

Jeśli tak, to gdzie?

Dlaczego chcesz być wolontariuszem?

Zainteresowania, umiejętności

Miejscowość, data Podpis

Dziękuję za wypełnienie ankiety ☺