

# KWESTIONARIUSZ OSOBOWY WOLONTARIUSZA



fundacja  
**SIŁA UŚMIECHU**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Numer dowodu osobistego</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Miejsce zatrudnienia/nauki</b>	
<b>Rodzaj wolontariatu w jaki chcę się zaangażować:</b>	<input type="checkbox"/> szpitalny <input type="checkbox"/> domowy <input type="checkbox"/> świetlicowy <input type="checkbox"/> akcyjny <input type="checkbox"/> fundraisingowy <input type="checkbox"/> inna forma (jaka?): .....
<b>Doświadczenie w zakresie pracy pełnionej w ramach wolontariatu</b>	
<b>Dyspozycyjność</b>	

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację „Siła Uśmiechu”, z wyłączeniem prawa do przekazywania ich innym podmiotom.

**Miejscowość i data:**

**Podpis:**