

ΔΗΛΩΣΗ/ΑΙΤΗΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΗ-ΝΤΡΙΑΣ

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα πατρός:

Όνομα μητέρας :

Α.Δ.Τ:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης:

Διεύθυνση κατοικίας:

Τ.Κ:

Πόλη:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Τηλέφωνο (σταθερό) :

Οικίας:

Εργασίας:

Κινητό τηλέφωνο :

E-mail:

2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 Επίπεδο σπουδών:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Τεχνικό Λύκειο/ Επαγγελματική σχολή :

- Ειδικότητα:
- Φοιτητής-τρια ΑΕΙ/ΤΕΙ :
Σχολή/ Τμήμα :
- Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ
Σχολή/ Τμήμα :
- Μεταπτυχιακές σπουδές:

2.2 Άλλες πληροφορίες

Χειρίζεστε Η/Υ;

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

Υπάρχει κάποια επιπλέον/ δεξιότητα/ικανότητα ή ενασχόληση που θα θέλατε να δηλώσετε :

.....

3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Άνεργος-η
 Εργαζόμενος-η
Επάγγελμα που ασκείτε:
- Συνταξιούχος
Επάγγελμα που ασκούσατε:

4. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ

4.1. Πόσο συχνά εκτιμάτε ότι μπορείτε να συνεισφέρετε εθελοντικά:

- 1-2 φορές την εβδομάδα
 1-2 φορές το δεκαπενθήμερο
 1-2 φορές τον μήνα

4.2 Μπορώ να προσφέρω υπηρεσίες:

- Τα πρωινά
 Τα απογεύματα
 Τα Σαββατοκύριακα

5. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ

5.1 Ανήκατε ή ανήκετε σε κάποιες εθελοντικές οργανώσεις:

- ΝΑΙ
 - ο Για πόσο χρονικό διάστημα:
 - ο Αντικείμενο εθελοντικής οργάνωσης:
- ΟΧΙ

5.3. Υπάρχει κάποιου είδους εκπαίδευση/επιμόρφωση που εκτιμάτε ότι θα συνεισέφερε στο να εκπληρώνετε πιο αποτελεσματικά το ρόλο σας ως εθελοντής-ντρια;

- ΝΑΙ
 - πρώτες βοήθειες,
 - επικοινωνία,
 - επίλυση συγκρούσεων ,
 - ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος,
 - χρήση Η/Υ
 - άλλο:
- ΟΧΙ

7. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ¹

Υπάρχει κάτι που χρειάζεται να δηλωθεί σε σχέση με την υγεία σας (φαρμακευτική αγωγή , χρόνια νοσήματα , εγχειρήσεις, κινητικά προβλήματα) τα οποία πιθανότατα θα επηρέαζαν το έργο σας ως εθελοντής;

.....
.....

Δηλώνω ότι αποδέχομαι το δικαίωμα χρήσης των δηλωθέντων στοιχείων από το Γραφείο Εθελοντισμού Δήμου Λευκάδας

Ημερομηνία

Ο δηλών/Η δηλούσα

Για το Δήμο Λευκάδας

¹ Οι πληροφορίες κρίνονται απαραίτητες τόσο για την δική σας ασφάλεια όσο και για την όσο το δυνατόν πιο λειτουργική άσκηση του εθελοντικού έργου