

**ANKIETA WOLONTARIUSZA MEDYCZNEGO**

**DATA.....**

Imię i Nazwisko.....Data urodzenia.....

Adres stałego zamieszkania.....  
Ulica (nr domu/mieszkania) miejscowość

Adres rzeszowski.....  
Ulica (nr domu/mieszkania) tel. domowy

Tel. komórkowy..... Email.....

Wykształcenie..... Zawód.....

Kierunek studiów, rok.....  
(jeżeli nie studiujesz to podaj szkołę i klasę)

Osoba, którą zawiadomić w razie wypadku.....

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku .....  
w materiałach filmowych oraz fotograficznych wykorzystanych do realizacji celów statutowych Fundacji  
Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci (zdjęcia podczas akcji, zbiórek, pomocy biurowej, wolontariatu medycznego).

Charakter wolontariatu (zaznacz krzyżykiem):

- Kontakt z dzieckiem, rodzeństwem dziecka chorego  
(musisz mieć skończone 18 lat i nie możesz być aktualnie w żałobie)
- Pomoc biurowa  
(jeśli tak, uzupełnij proszę tabelę na drugiej stronie)
- Kwestowanie
- Pomoc w organizacji imprez

Czy pracowałeś już wcześniej jako wolontariusz? Tak.... Nie....

Jeśli tak, to gdzie?.....

Jak dowiedziałeś/aś się o Hospicjum?.....

Dlaczego chcesz być wolontariuszem?.....  
.....  
.....  
.....

Zainteresowania.....  
.....  
.....

Uzdolnienia (umiejętności, talenty, wiedza, doświadczenie, coś co możesz wnieść do hospicyjnego wolontariatu).....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Śmierć i umieranie**

Jakie są Twoje myśli i uczucia jeśli chodzi o śmierć?.....  
.....  
.....

Czy byłeś/aś już kiedyś przy kimś w momencie jego śmierci?                      Tak....                      Nie....  
Jeśli tak, opisz proszę.....  
.....

Czy opiekowałeś/aś się kiedyś osoba umierającą?                      Tak....                      Nie....  
Jeśli tak, napisz proszę.....  
.....

Kiedy myślisz o swojej własnej śmierci, jakie słowa według Ciebie najlepiej ją opisują?

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie myślę o swojej śmierci | <input type="checkbox"/> Przeróżająca |
| <input type="checkbox"/> Bolesna                    | <input type="checkbox"/> Pełna żalu   |
| <input type="checkbox"/> Spokojna                   | <input type="checkbox"/> Radosna      |
| <input type="checkbox"/> Samotna                    | <input type="checkbox"/> Ciężka       |
| <input type="checkbox"/> Ciemna                     | <input type="checkbox"/> Inne.....    |
| <input type="checkbox"/> Naturalna                  |                                       |

Czy możesz być wolontariuszem w domu gdzie się pali papierosy?.....  Tak                       Nie  
Czy możesz być wolontariuszem w domu gdzie są zwierzęta?.....  Tak                       Nie  
Czy możesz wykonywać drobne prace domowe?.....  Tak                       Nie  
Czy dysponujesz własnym samochodem?.....  Tak                       Nie

(w celach dojazdu do dzieci, zwracamy koszt podróży)

Jeśli tak to czy samochód jest na:                       Gaz                       Ropę                       Benzynę

W jakie konkretnie dni tygodnia i w jakich godzinach dysponujesz czasem?

(ważne m.in. przy pomocy w biurze)

Pon.	Wt.	Śr.	Czw.	Piąt.	Sob.	Niedz.

Podpis.....

Data.....

Zgadzam się, aby moje dane osobowe zostały umieszczone w bazie danych Podkarpackiego Hospicjum dla Dzieci.