****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WOLONTARIUSZA**

**OŚRODKA WSPARCIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |
|  | |
| **Data urodzenia** | |
|  | |
| **Adres zamieszkania** | |
|  | |
| **Miejscowość** | **Województwo** |
|  |  |
| **Numer telefonu** | **e-mail** |
|  |  |
| **Proszę określić Pani / Pana status** | |
| * uczeń * student * pracujący * bezrobotny * inny | |

|  |
| --- |
| **W jakim obszarze posiada Pan/ Pani wykształcenie ?** |
|  |
| **W jakim zawodzie Pani/Pan pracuje ?** |
|  |
| **Czy ma Pani / Pan doświadczenie jako wolontariusz?** |
| * tak * nie |
| **Jakie ma Pani/ Pan uzdolnienie, zainteresowania, pasje ?** |
|  |
| **Jakie ma Pani/Pan mocne strony, które można wykorzystać w pracy z dziećmi i młodzieżą ?** |
|  |
| **Jakie kursy/ szkolenie ma Pani/Pan skończone, które mogłyby być przydatne ?** |
|  |
| **Jaki rodzaj / obszar wolontariatu Panią/ Pana interesuje ?** |
| * pomoc w prowadzeniu zajęć, warsztatów * pomoc w nauce * nauka języka : angielski, niemiecki, francuski, hiszpański, włoski, rosyjski, migowy, Braille’a, inne * prowadzenie specjalistycznych zajęć ( jeśli tak, to jakich ? )     …………………………………………………………………………………………………   * gry i zabawy ruchowe * zajęcia rozwijające zainteresowania i pasje * organizacja czasu wolnego * pomoc w zakresie zdrowia psychicznego / fizycznego * inne   ……………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| **Miejsce, w którym chce Pani / Pan być wolontariuszem:** |
| * Płock * Bodzanów * Proboszczewice * Czerwińsk nad Wisłą |
| **Jak można się z Panią / Panem kontaktować?** |
| * rozmowa telefoniczna * sms * e-mail * Facebook |

**Informacje dla wolontariusza**

Informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Przystanek Rodzina z siedzibą w Płocku ( 09-402), przy ulicy Misjonarskiej 22 lok.32 **( ,, Administrator”)**. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi zgłoszenia do współpracy z Administratorem oraz umożliwienia udziału w dalszych działaniach koordynowanych przez Administratora. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody, Pani/Pana dane będą przetwarzane także w celach marketingowych Administratora oraz jego partnerów. Podani danych jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych Administratora oraz jego partnerów.

*.............................................................*

*(data i podpis wolontariusza)*

 **Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków budżetu Województwa Mazowieckiego**