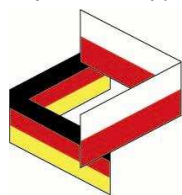


Szkolenie dla wolontariuszy i opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych

Projekt realizowany przez:



Fundacja Polsko-Niemieckie
POJEDNANIE
Stiftung Polnisch-Deutsche
AUSSÖHNUNG

ul. Krucza 36
00-921 Warszawa
www.fnpn.pl
tel. (0-22) 695 99 61

Projekt sfinansowany ze środków Fundacji

Pamięć, Odpowiedzialność i Przyszłość

STIFTUNG



ERINNERUNG · VERANTWORTUNG · ZUKUNFT

Formularz służy ocenie i ewaluacji szkolenia organizowanego dla wolontariuszy i opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych a także ocenie gotowości uczestnika szkolenia do podjęcia współpracy z Fundacją „Polsko-Niemieckie Pojednanie” w zakresie wolontariatu na rzecz osób poszkodowanych przez Trzecią Rzeszę.

ANKIETA WOLONTARIUSZA / UCZESTNIKA SZKOLENIA

IMIĘ				NAZWISKO				
PESEL				DOWÓD TOŻSAMOŚCI				
DATA URODZENIA	dzień <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> miesiąc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rok <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA								
ulica				nr domu			nr lokalu	
kod pocztowy		miasto			telefon domowy			tel. kontaktowy /komórkowy
E-MAIL				Inne możliwości kontaktu gg, tlen, skype				prywatna strona WWW
PROSIMY O OKREŚLENIE SWOJEJ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ								
<input type="checkbox"/> uczeń <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> aktywny zawodowo <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> bezrobotny/poszukujący pracy, <input type="checkbox"/> inne, jakie?:								
WYKSZTAŁCENIE								
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> podyplomowe <input type="checkbox"/> inne, jakie?:								
zawód wykonywany:								
JEŚLI JEST PANI/PAN UCZNIEM, STUDENTEM LUB PRACUJE ZAWODOWO PROSIMY O PODANIE NASTĘPUJĄCYCH INFORMACJI								
Nazwa: <input type="checkbox"/> organizacji <input type="checkbox"/> firmy <input type="checkbox"/> instytucji <input type="checkbox"/> szkoły <input type="checkbox"/> uczelni <input type="checkbox"/> wydziału								
Adres:								
profil / specjalizacja				klasa/rok			zajmowane stanowisko	

Szkolenie dla wolontariuszy i opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych

GOTOWOŚĆ DO WOLONTARIATU NA RZECZ OSÓB POSZKODOWANYCH PRZEZ TRZECIĄ RZESZĘ WE WSPÓLPRACY Z FUNDACJĄ „POLSKO-NIEMIECKIE POJEDNANIE”

 Tak, chcę być wolontariuszem

 Jeszcze się zastanowię

 Nie, dziękuję
(proszę zatem przejść do oceny szkolenia)

ILE GODZIN TYGODNIOWO MOŻE PANI/PAN POŚWIĘCIĆ NA PRACĘ JAKO WOLONTARIUSZ ?

Ile godzin tygodniowo?.....lub Ile dni w tygodniu?.....

 do południa po południu wieczorem dowolny dzień weekendy inne:

CZY PRACOWAŁ/A PAN/PANI JAKO WOLONTARIUSZ?

 NIE
 TAK
 organizacje pozarządowe
 wolontariat zagraniczny
 aktywność polityczna

 grupa samopomocowa
 honorowe krwiodawstwo
 ochotnicza straż pożarna

 harcerstwo grupa wyznaniowa/przykościelna
 grupa uczniowska, samorząd komitety społeczne,
 grupa ratownictwa specjalnego inne, jakie ?

JAKICH CZYNNOŚCI CHCIAŁ(A)BY SIĘ PANI/PAN PODJĄĆ?

 pielęgnacja organizowanie czasu wolnego rozwijanie zainteresowań towarzystwo
 załatwianie spraw urzędowych spacery obsługa urządzeń biurowych zdobywanie funduszy
 pomoc w drobnych pracach domowych gotowanie inne, jakie?

Z jakimi osobami nie chciałby Pan/i współpracować?

PROSZĘ OPISAĆ KRÓTKO SWOJĄ MOTYWACJĘ, DLACZEGO CHCE PANI/PAN ANGAŻOWAĆ SIĘ NA RZECZ INNYCH ?

OPINIA NA TEMAT SZKOLENIA

Ocena w skali 1-6

Inne uwagi / spostrzeżenia

Przydatność zdobytej wiedzy i umiejętności

Materiały szkoleniowe

Osoby prowadzące szkolenie

Organizacja szkolenia

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych w ramach programu wolontariackiego prowadzonego przez Fundację „Polsko-Niemieckie Pojednanie”. Jednocześnie oświadczam że podane przeze mnie dane osobowe i adresowe są aktualne i zgodne z prawdą.

miejsceowość, data

podpis uczestnika szkolenia