

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

ANKIETA

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

Tel. stacjonarny, tel. komórkowy, email:

Wykształcenie:

Nazwa i adres szkoły (wypełnia osoba ucząca się):

Twoje zainteresowania (wypisz):

Twoje mocne strony, atuty (wypisz):

Ograniczenia w Twojej pracy wolontariackiej:

Zdrowotne: Nie/Tak, – jakie:

Czasowe: Nie/Tak, – jakie:

Geograficzne: Nie/Tak, – jakie:

Inne: Nie/Tak, – jakie:

Czy pracowałeś już jako wolontariusz: Nie/Tak gdzie?.....

w jakim charakterze?

jak długo?.....

Chcę zostać wolontariuszem Domu Pomocy Społecznej w Gdynia ponieważ:

Preferowane formy współpracy (zakreśl numer (-y) właściwej odpowiedzi) 1. wolontariat spacerowy, 2. wolontariat związany z pracą w grupie, 3. wolontariat indywidualny, 4. wolontariat gospodarczy, 5. wolontariat akcyjny, 6. inne

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

**POROZUMIENIE O WYKONYWANIU ŚWIADCZEŃ WOLONTARYSTYCZNYCH
NR**

Zawarte w dniu w Gdyni pomiędzy Domem Pomocy Społecznej w Gdyni, reprezentowanym przez Dyrektora Panią **Liliannę Szewczuk-Putrym**, zwaną dalej Korzystającym,

Panią/Panem

legitymującą/cym się dowodem osobistym seria

PESEL zamieszkałą/łym

w

Zwaną/nym dalej Wolontariuszem.

Korzystający oświadcza, że jest podmiotem na rzecz, którego zgodnie z art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. nr 96, poz. 873) mogą być wykonywane świadczenia przez wolontariuszy.

Mając na względzie ideę wolontariatu, u podstaw której stoi dobrowolne i bezpłatne wykonywanie świadczeń, a także biorąc pod uwagę charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń strony porozumienia uzgadniają co następuje:

§1

1. Korzystający powierza wykonywanie Wolontariuszowi a Wolontariusz dobrowolnie podejmuje się wykonania na rzecz Korzystającego następujących świadczeń:

.....
.....
.....
.....

2. Przedstawicielem Korzystającego, upoważniony do przekazywania Wolontariuszowi i odbioru świadczeń objętych porozumieniem, a także nadzorowania ich wykonania jest Koordynator do spraw wolontariatu.
3. Wolontariusz oświadcza, że posiada kwalifikacje i spełnia wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu przyjętych zadań.

§2

1. Strony porozumienia uzgadniają, że świadczenia określone w § 1 będą wykonywane w okresie od dnia na czas określony do
2. Miejscem wykonywania świadczeń będzie siedziba Korzystającego przy ulicy Pawiej 31, 81-078 Gdynia.

§3

Z uwagi na charakter i ideę wolontariatu:

1. Wolontariusz jest zobowiązany wykonywać uzgodnione świadczenia osobiście i z należytą starannością.
2. Wolontariusz za swoje świadczenia nie otrzyma wynagrodzenia.
3. W związku z wykonywaniem fotografii mieszkańcom Domu Pomocy Społecznej w myśl ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z 1994 roku właścicielem autorskich praw wykonanych fotografii na terenie Domu Pomocy Społecznej przy ul. Pawiej 31 jest Dom Pomocy Społecznej w Gdyni.

§4

Korzystający zobowiązuje się zapewnić Wolontariuszowi bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez niego świadczeń.

§5

Korzystający może pokrywać, na dotyczących pracowników zasadach określonych w odrębnych przepisach, także inne niezbędne koszty ponoszone przez wolontariusza, związane z wykonywaniem świadczeń na rzecz korzystającego.

§6

Wolontariusz zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji, które uzyskał w związku z wykonywaniem świadczeń na rzecz Korzystającego, a które stanowią tajemnicę Korzystającego.

§7

Porozumienie może być rozwiązane przez każdą ze Stron za 7 dniowym wypowiedzeniem.

§8

Za wyrządzone szkody strony odpowiadają na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

§9

W sprawach nieuregulowanych przepisami Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie lub niniejszym porozumieniem zastosowane będą odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§10

Wszelkie zmiany porozumienia będą dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§11

1. Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej ze stron.
2. Wolontariusz może w każdym czasie domagać się wydania przez Korzystającego pisemnego zaświadczenia o wykonywaniu świadczeń przez Wolontariusza. Zaświadczenie to powinno zawierać informację o zakresie wykonywanych świadczeń.

.....
Korzystający

.....
Wolontariusz

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

.....
/Imię i nazwisko/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i spełniam wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu świadczeń wolontarystycznych wykonywanych przeze mnie w Domu Pomocy Społecznej w Gdyni.

.....
/podpis wolontariusza/

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

.....
(Imię i nazwisko wolontariusza)

ZOBOWIĄZANIE

W związku z wykonywaniem wolontariatu w Domu Pomocy Społecznej w Gdyni zobowiązuje się do przestrzegania tajemnicy służbowej zarówno podczas trwania wolontariatu, jak również po jego zakończeniu. Jestem świadomy/-a, że za nieprzestrzeganie tajemnicy służbowej grozi odpowiedzialność karna.

.....
/podpis wolontariusza/

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ REGULAMINU
WOLONTARIATU**

Niżej podpisany
(imię i nazwisko)

zamieszkały w

legitymujący się

potwierdzam, że przed rozpoczęciem wolontariatu zostałem zapoznany i pouczony przez Koordynatora do spraw wolontariatu o treści obowiązującego regulaminu wolontariatu w Domu Pomocy Społecznej w Gdyni, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(podpis wolontariusza)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie
wolontariusza)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr dowodu osobistego)

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z porozumieniem nr wyrażam zgodę na publikację
mojego wizerunku w związku z działaniami wolontariackimi w Domu Pomocy Społecznej
w Gdyni (zdjęcia z imprez okolicznościowych zamieszczane na tablicach ogłoszeń DPS,
informacje prasowe, materiały informacyjno - promocyjne, materiały audiowizualne).

.....
(czytelny podpis)

Za zgodność.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Pawia 31, 81-078 Gdynia
tel. 58 622-93-23, tel./fax 58 622-06-24

Gdynia, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres e-mail; nr tel.)

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń wolontarystycznych na zasadach określonych w Ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, mojego syna /mojej córki*
zam.
tel. PESEL
na rzecz Domu Pomocy Społecznej w Gdyni przy ul. Pawiej 31.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)

* Niepotrzebnie skreślić