



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY WOLONTARIUSZKI NR _____

DANE PERSONALNE (imię i nazwisko, pesel, nr dowodu osobistego):

ADRES ZAMIESZKANIA:

DANE KONTAKTOWE (telefon, e-mail)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

WYKSZTAŁCENIE (specjalizacja, wykonywany zawód)

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (umowa o pracę, własna działalność, bezrobocie, urlop rodzicielski lub wychowawczy, inne)

DLACZEGO CHCESZ ZOSTAĆ WOLONTARIUSZKĄ/-EM (osobowość, umiejętności, zainteresowania, itp.)

PREFEROWANE OBSZARY DZIAŁAŃ FUNDACJI, w które chcesz się zaangażować (możliwości wsparcia)

DYSPOZYCYJNOŚĆ (dziennie/tygodniowo/miesięcznie/cykl nieregularny)

DOŚWIADCZENIE W PRACY WOLONTARIACKIEJ

Klauzula informacyjna.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu osobowym Fundacji "Mlekiem Mamy" dla potrzeb procesu rekrutacji.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem moich danych osobowych jest Fundacja "Mlekiem Mamy" z siedzibą ul. Jana Pawła II 31 lok. 3, 05-077 Warszawa, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000714216, posiadająca nr NIP: 9522173483, nr REGON 369327005 a celem przetwarzania jest przeprowadzenie procesu rekrutacji.

Moje dane będą przetwarzane do czasu zakończenia procesu rekrutacji lub wycofania przeze mnie zgody na ich przetwarzanie. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia, a także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli moje dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem.

Jednocześnie oświadczam, że:

- *Nie współpracuję z producentami preparatów do żywienia niemowląt, ani firmami od nich zależnymi lub finansowanymi przez te firmy.*
- *Nie reklamuję i nie prowadzę sprzedaży preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Zostałem/am poinformowany/a, że praca jest bezpłatna i będę ją wykonywał/a dobrowolnie zgodnie z ustawą o pożytku publicznym i wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz.U. nr 96, poz. 873).*

.....
(miejsowość, data i podpis osoby składającej kwestionariusz)

Data przyjęcia do wolontariatu (zawarcie umowy):

Data rezygnacji:

.....
(miejsowość, data i podpis osoby upoważnionej przez Korzystającego)