**ΔΗΛΩΣΗ/ΑΙΤΗΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΗ-ΝΤΡΙΑΣ**

1. **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνομα: ………………………………………………………….

Επώνυμο: ………………………………………………………….

Όνομα πατρός: ………………………………………………………….

Όνομα μητέρας : ………………………………………………………….

Α.Δ.Τ: ………………………………………………………….

Φύλο: ▯ Άρρεν ▯ Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης: ………………………………………………………….

Διεύθυνση κατοικίας: ………………………………………………………….

Τ.Κ: ………………………………………………………….

Πόλη: ………………………………………………………….

Οικογενειακή κατάσταση:

* Άγαμος
* Έγγαμος

Τηλέφωνο (σταθερό) :

Οικίας: …..……………………………………………

Εργασίας: …………………………………………

Κινητό τηλέφωνο : …………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………

1. **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

**2.1 Επίπεδο σπουδών:**

€ Δημοτικό

€ Γυμνάσιο

€ Λύκειο

€ Τεχνικό Λύκειο/ Επαγγελματική σχολή :

Ειδικότητα: ……………………………………………………………………

€ Φοιτητής-τρια ΑΕΙ/ΤΕΙ :

Σχολή/ Τμήμα : ………………………………………………………………

€ Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ

Σχολή/ Τμήμα : ………………………………………………………………

€ Μεταπτυχιακές σπουδές: ………………………………………………….

* 1. **Άλλες πληροφορίες**

Χειρίζεστε Η/Υ;

* ΝΑΙ
* ΟΧΙ

Υπάρχει κάποια επιπλέον/ δεξιότητα/ικανότητα ή ενασχόληση που θα θέλατε να δηλώσετε :

………………………………………………………………………………………

1. **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

* Άνεργος-η
* Εργαζόμενος-η

Επάγγελμα που ασκείτε:

* Συνταξιούχος

Επάγγελμα που ασκούσατε:

**4. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ**

**4.1. Πόσο συχνά εκτιμάτε ότι μπορείτε να συνεισφέρετε εθελοντικά:**

* 1-2 φορές την εβδομάδα
* 1-2 φορές το δεκαπενθήμερο
* 1-2 φορές τον μήνα

4**.2 Μπορώ να προσφέρω υπηρεσίες:**

* Τα πρωινά
* Τα απογεύματα
* Τα Σαββατοκύριακα

1. **ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**

5.1 **Ανήκατε ή ανήκετε σε κάποιες εθελοντικές οργανώσεις**:

* ΝΑΙ
  + Για πόσο χρονικό διάστημα: ……………………………..
  + Αντικείμενο εθελοντικής οργάνωσης: ………………….
* ΟΧΙ

**5.3. Υπάρχει κάποιου είδους εκπαίδευση/επιμόρφωση που εκτιμάτε ότι θα συνεισέφερε στο να εκπληρώνετε πιο αποτελεσματικά το ρόλο σας ως εθελοντής-ντρια;**

* ΝΑΙ

▯ πρώτες βοήθειες,

▯ επικοινωνία,

▯ επίλυση συγκρούσεων ,

▯ ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος,

▯ χρήση Η/Υ

▯ άλλο: …………………………………………..

* ΟΧΙ

**7. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ[[1]](#footnote-2)**

Υπάρχει κάτι που χρειάζεται να δηλωθεί σε σχέση με την υγεία σας (φαρμακευτική αγωγή , χρόνια νοσήματα , εγχειρήσεις, κινητικά προβλήματα ) τα οποία πιθανότατα θα επηρέαζαν το έργο σας ως εθελοντής;

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Δηλώνω ότι αποδέχομαι το δικαίωμα χρήσης των δηλωθέντων στοιχείων από το Γραφείο Εθελοντισμού Δήμου Λευκάδας**

**Ημερομηνία** ……………

**Ο δηλών/Η δηλούσα Για το Δήμο Λευκάδας**

1. Οι πληροφορίες κρίνονται απαραίτητες τόσο για την δική σας ασφάλεια όσο και για την όσο το δυνατόν πιο λειτουργική άσκηση του εθελοντικού έργου [↑](#footnote-ref-2)