

**Zgłoszenie wstępne Asystenta OzN / Opiekuna Wytchnieniowego**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  |
| Ulica |  |
| Telefon komórkowy |  |
| e-mail |  |
| Data urodzenia |  |
| Liczba lat doświatczenia / Wolontariatu AOOzN/OW |  |
| Doświadczenie (dotychczasowe miejsca zatrudnienia) |  |
| Ile godzin w miesiącu chcesz pracować |  |
| Dodatkowe uwagi |  |

“Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektów opiekuńczych prowadzonych przez Fundację NieOdkładalni zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr133 poz. 883 z późniejszymi zmianami).”

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

data i podpis