



ΑΙΤΗΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΗ

(Από 20 έως 65 ετών)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα πατρός: Όνομα μητρός:

Φύλο: Α Θ Ημερομηνία Γέννησης:/...../.....

Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Υπηκοότητα:

Διεύθυνση κατοικίας: Οδός αριθμός.....

Πόλη Ταχ. Κωδ. Τηλέφωνο

Κινητό: E-mail:

Στρατιωτικές υποχρεώσεις (για άνδρες μόνο): Εκπληρωμένες Μη εκπληρωμένες

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ανύπαντρος Παντρεμένος Παιδιά: Ναι Όχι

Ηλικία παιδιού / ων :.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ

Επαγγελματική κατάσταση: Εργαζόμενος Άνεργος Συνταξιούχος

Φορέας: Δημόσιος Ιδιωτικός

Διεύθυνση εργασίας : Οδός.....αριθμός.....

Πόλη..... Ταχ.Κωδ.....Τηλέφωνο.....

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

Όνοματεπώνυμο.....

Σχέση:

Τηλέφωνο / Κινητό:

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ – ΓΝΩΣΕΙΣ – ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Φοιτητής

Απόφοιτος Α.Ε.Ι. Σχολή/τμήμα.....

Απόφοιτος Τ.Ε.Ι. Σχολή/τμήμα.....

Άλλες σχολές.....
 Ξένες γλώσσες.....
 Χόμπι.....
 Χρήση Η/Υ.....
 Άδεια οδήγησης: Αυτοκινήτου Μοτοσικλέτας
 Άλλα:
 Ανήκετε σε κάποια Εθελοντική Οργάνωση; Ναι Όχι
 Αν ναι, σε ποιά / ές;

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ – ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΟΥ

Παρακαλούμε σημειώστε ημέρα και ώρες που μπορείτε να προσφέρετε εθελοντικά τις υπηρεσίες σας:

Ώρες Απασχόλησης	Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Πέμπτη	Παρασκευή	Σάββατο	Κυριακή
08:00-09:00							
09:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							
23:00-24:00							
24:00-07:00							

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παρακαλούμε σημειώστε τις εθελοντικές υπηρεσίες που σας ενδιαφέρουν:

- Παροχή πληροφοριών:** Ο εθελοντής πληροφορεί και καθοδηγεί τους ασθενείς και συνοδούς (π.χ., κεντρική πύλη, ΤΕΠ, κ.α.).
- Φροντίδα παιδιού:** Ο εθελοντής ασχολείται με τη φροντίδα ασθενών που είναι κλινήρεις ή παιδιών χωρίς οικογένεια (π.χ., κρατά συντροφιά, παίζει, αφηγείται παραμύθια, κ.λ.π.).
- Μετάφραση:** Ο εθελοντής βοηθά στην επικοινωνία των ασθενών και των οικογενειών τους, όταν δεν μιλούν την Ελληνική γλώσσα.
- Συνοδεία ασθενών / συνοδών:** Ο εθελοντής συνοδεύει τους ασθενείς και τους συνοδούς τους σε διάφορες σημεία του νοσοκομείου προκειμένου να υποβληθούν σε εξετάσεις ή να διεκπεραιώσουν εκκρεμότητες.
- Κοινωνική μέριμνα:** Ο εθελοντής βοηθάει στη συλλογή και διάθεση ρουχισμού, παιχνιδιών, παιδικών καρτοσιών, κ.λ.π. για τα παιδιά χωρίς οικογένεια σε συνεργασία με την Κοινωνική Υπηρεσία.
- Ψυχαγωγία:** Ο εθελοντής διαθέτει τις πιθανές καλλιτεχνικές δεξιότητές του (π.χ., κλόουν, μουσικός, κουκλοθέατρο, θέατρο, κ.λ.π.).

7. **Εορταστικές εκδηλώσεις:** Ο εθελοντής συνεργάζεται με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια εορταστικών περιόδων (π.χ., μοίρασμα δώρων στα παιδιά, λένε τα κάλαντα, παίζουν μουσική, στολίζουν και ξεστολίζουν τα χριστουγεννιάτικα δέντρα, κ.λ.π.).
8. **Βοηθητικές εργασίες σε νοσηλευτικό τμήμα:** Ο εθελοντής βοηθάει το νοσηλευτικό προσωπικό στις διάφορες εργασίες του τμήματος υπό την επίβλεψη του προϊστάμενου-νοσηλευτή (π.χ., τακτοποίηση ιματισμού & υλικών, δίνει πληροφορίες, κ.λ.π.).
9. **Βοηθητικές εργασίες σε γραφείο:** Ο εθελοντής προσφέρει υπηρεσίες σε γραφεία της διοικητικής υπηρεσίας (π.χ., διακινεί έγγραφα, καταχωρεί στοιχεία σε Η/Υ, παράγει φωτοαντίγραφα, κ.λ.π.).
10. **Βοηθητικές εργασίες στη βιβλιοθήκη:** Ο εθελοντής παρέχει υπηρεσίες στη βιβλιοθήκη του νοσοκομείου υπό την επίβλεψη των υπευθύνων της.
11. **Βοηθητικές εργασίες στον κήπο:** Ο εθελοντής βοηθάει τους κηπουρούς το νοσοκομείου και συμμετέχει στις κηπουρικές εργασίες υπό την επίβλεψή τους.
12. **Τήρηση τάξης:** Ο εθελοντής βοηθάει στην τήρηση τάξης και καθαριότητας των εξωτερικών χώρων του νοσοκομείου υπό την επίβλεψη του Γρ. Επιστασίας.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κατά τη διάρκεια της δραστηριότητάς σας στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», πιθανόν να έχετε πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα και εμπιστευτικές πληροφορίες που δεν μπορείτε να τις αποκαλύπτετε σε πρόσωπα εκτός νοσοκομείου. Η εχεμύθεια είναι **υποχρέωση** του Εθελοντή. Για ενημέρωσή σας σημειώστε ότι:

1. Οι ιατρικές πληροφορίες καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο και είναι εμπιστευτικές. Απαγορεύεται να κοινοποιήσετε οποιαδήποτε πληροφορία περιέλθει στην αντίληψή σας σχετικά με τη διάγνωση, θεραπεία και κατάσταση του ασθενή σε τρίτους, συμπεριλαμβανομένων και των γονέων του ασθενή.
2. Δεν επιτρέπεται να τυπώσετε, φωτοτυπήσετε ή μεταφέρετε σε ηλεκτρονική μορφή πληροφορίες, εκτός εάν είστε εξουσιοδοτημένος από το νοσοκομείο για αυτές. Όταν εκπληρωθεί ο σκοπός μεταφοράς των πληροφοριών, θα πρέπει να καταστραφούν τα αντίγραφα.
3. Η υποχρέωση της εχεμυθείας σας τηρείται επ' αόριστον. Η μη τήρησή της μπορεί να οδηγήσει σε λήξη της εθελοντικής σας απασχόλησης στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» ή/και ενδεχομένως διάφορα νομικά προβλήματα.

ΑΠΟΔΟΧΗ

Με την υποβολή αυτής της αίτησης, βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που εκτίθενται σε αυτή την αίτηση, αλλά και όσα αναφέρω κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μου και καταγράφονται από την επιτροπής αξιολόγησης είναι αληθινά και πλήρη. Καταλαβαίνω ότι αν γίνω αποδεκτός στο πρόγραμμα εθελοντισμού του Νοσοκομείου Παιδών Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ οποιεσδήποτε ψεύτικες δηλώσεις, ή παραλείψεις, ή άλλες διαστρεβλώσεις, που γίνονται από εμένα προσωπικά σε αυτή την αίτηση, μπορούν να οδηγήσουν στην άμεση αποδέσμευσή μου από το πρόγραμμα και σε κυρώσεις.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Για περισσότερες πληροφορίες και διευκρινίσεις ή διαλεύκανση οποιασδήποτε ερώτησης σχετικά με την εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με την κα. Μ. Χριστοδούλου (Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας) στα τηλέφωνα: **213-2013149 & 213-2013150**. Ευχαριστούμε για την κατανόησή σας.

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία:.....

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση της αίτησης και την πρόθεσή σας να προσφέρετε εθελοντικά τις υπηρεσίες σας στο νοσοκομείο μας.