**3 kroki do wolontariatu w PCPR**

1) wyślij wypełnioną [ankietę kandydata na wolontariusza](mailto:ankietę%20kandydata%20na%20wolontariusza) na adres: [sekretariat@pcpr.walbrzych.pl](mailto:sekretariat@pcpr.walbrzych.pl),  
2) jeśli Twoja aplikacja będzie odpowiadać naszym oczekiwaniom, zaprosimy Cię na spotkanie do siedziby PCPR w Wałbrzychu przy al. Wyzwolenia 20-24,  
3) gdy rozmowa przebiegnie pomyślnie, a Ty zdecydujesz się zostać Wolontariuszem, podpiszemy porozumienie o wolontariacie i staniesz się jednym z nas!

**Przeczytaj zanim wyślesz aplikację**

Wolontariat odbywa się wyłącznie w miejscu zamieszkania rodziny zastępczej na terenie Powiatu Wałbrzyskiego obejmującego swym zasięgiem gminy: Czarny Bór, Boguszów Gorce, Stare Bogaczowice, Mieroszów, Szczawno Zdrój, Głuszyca, Jedlina Zdrój, Walim.  
Centrum zapewnia zwrot kosztów przejazdu komunikacją zbiorową z miejsca zamieszkania wolontariusza do miejsca wykonywania świadczeń wolontaryjnych.

Prowadzimy stałą rekrutację, dlatego czekamy na aplikacje przez cały rok. Dotychczas nawiązaliśmy kontakt z każdym kandydatem na wolontariusza.

Zapewniamy szkolenie wstępne dla wolontariuszy, wprowadzenie do rodziny zastępczej przez pracownika PCPR oraz umowę wolontariacką.

W trakcie działania w wolontariacie PCPR zapewniamy wsparcie i opiekę pedagoga, psychologa, a także pracownika socjalnego, którzy pomogą w rozwiązywaniu sytuacji trudnych oraz podzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem.

Ilość godzin w tygodniu pracy wolontariusza będzie uzależniona od potrzeb rodziny oraz dyspozycyjności czasowej osoby pomagającej, nie mniej jednak niż 1,5h tygodniowo.

**Podstawowe dane**

Imię i nazwisko:

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

Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………….

Adres mailowy: ……………………………………………………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doświadczenia**

Moja szkoła/uczelnia/praca

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

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

Moje doświadczenie w pracy wolontariusza (miejsce, pełniona funkcja)

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

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

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

Posiadam prawo jazdy: tak/nie

Posiadam własny środek transportu: tak/nie

Moje zainteresowania, uzdolnienia, talenty, umiejętności, doświadczenia, wiedza – wszystko to, co mogę wykorzystać w mojej pracy wolontariackiej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preferencje**

Chciałabym / chciałbym świadczyć pomoc w zakresie:

- Pomoc dziecku w nauce szkolnej (poziom szkoły podstawowej / gimnazjalnej / ponadgimnazjalnej)

- Pomoc w organizacji czasu wolnego dziecku (min. zabawa, czytanie, wychodzenie na spacery, itp.)

- Pomoc instytucji przy organizacji imprez okolicznościowych, wyjazdów, spotkań

- Inne:

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

Mogłabym/ mógłbym dojeżdżać do miejsc oddalonych od mojego miejsca zamieszkania, nauki, pracy:

tak/nie

Dysponuję wolnym czasem w wymiarze:

pn wt śr czw pt sb nd

Godziny

(orientacyjnie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu dla potrzeb rekrutacji (zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. b i e, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( RODO)

………………………………………………………………………..

data i podpis kandydata na wolontariusza

**Dotyczy osoby niepełnoletniej (wypełnia opiekun prawny):**

*Informacje na temat specyfiki pracy wolontariackiej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu mogą Państwo uzyskać pod numerem telefonu: 746666316*

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na udział mojej podopiecznej/ mojego podopiecznego w wolontariacie przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu.

…..………………………………………………………………….

data i podpis opiekuna prawnego

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   w Wałbrzychu, Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wolontariatu.
3. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu umowy.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania.
6. Prawo do usunięcia Pani/Pana danych nie ma zastosowania ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega administrator.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa.
8. Odbiorcy danych: brak
9. Podanie danych jest warunkiem zawarcia umowy.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu).
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:

Adres e-mail: [iod@pcpr.walbrzych.pl](mailto:iod@pcpr.walbrzych.pl)

Nr telefonu: 698 054 582

Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych