



Αίτηση Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Εθελοντικής Δράσης για την Πολιτική Προστασία στο Δήμο Μαλεβιζίου

Το Πρόγραμμα αυτό έχει σχεδιαστεί και οργανωθεί για την αντιμετώπιση των φυσικών και τεχνολογικών καταστροφών κατά τη διάρκεια του οποίου ομάδες εθελοντών εκπαιδεύονται στην απόκτηση πιστοποιημένων δεξιοτήτων διαχείρισης κινδύνου και κρίσεων, καθώς και την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης. Παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών και καθιστά τους εκπαιδευθέντες ικανούς να αναπτύξουν δράσεις στην τοπική κοινωνία. Η εκπαίδευση, θεωρητική και πρακτική, έχει διάρκεια 100 ώρες και διεξάγεται σε 25 τετράωρες εκπαιδευτικές συναντήσεις, περίπου δύο φορές ανά εβδομάδα, απογευματινές ώρες. Κάποιες εκπαιδευτικές δραστηριότητες διεξάγονται Σάββατο και Κυριακή, πρωινές ώρες.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο *

Όνομα *

Όνομα Πατρός *

Όνομα Μητρός *

Ημερομηνία Γέννησης *

Τηλέφωνο Κατοικίας *

Κινητό Τηλέφωνο

Τηλέφωνο Εργασίας

E-mail

Στρατιωτικές Υποχρεώσεις *

Εκπληρωμένες Ανεκπλήρωτες

Άλλο:

* Απαιτείται

Οικογενειακή Κατάσταση

- Ανύπαντρος/η
- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος/η
- Σε Χηρεία

Παιδιά

ΣΠΟΥΔΕΣ

Γραμματικές Γνώσεις *

- Δημοτικό
- Εξατάξιο Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Τ.Ε.Ι.
- Α.Ε.Ι.
- Άλλο:

Σχολή

Μεταπτυχιακές Σπουδές

Επιμορφωτικά Σεμινάρια

Ξένες Γλώσσες

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επάγγελμα

Επαγγελματική Κατάσταση *

- Εργαζόμενος/η
- Άνεργος/η
- Συνταξιούχος

* Απαιτείται

Φορέας

Δημόσιος

Ιδιωτικός

Όνομα Φορέα

Άλλη Επαγγελματική Εμπειρία

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ - ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΕΙΣ

Οδηγείτε Αυτοκίνητο; *

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Χειρίζεστε Η/Υ; *

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Άλλες δεξιότητες

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός - Αριθμός *

Περιοχή *

Τ.Κ. *

Δήμος *

Νομός *

* Απαιτείται

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οδός - Αριθμός

Περιοχή

Τ.Κ.

Δήμος

Νομός

ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ

Ανήκετε σε Εθελοντικές Οργανώσεις - Για πόσο χρονικό διάστημα - Ποιά η δράση σας - Ποιά η θέση σας; *

Τι σημαίνει για εσάς "Εθελοντική Δράση";

Πως σκεφτήκατε να γίνετε Εθελοντής;

* Απαιτείται

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Κατάσταση Υγείας - Έχετε να επισημάνετε κάτι για την υγεία σας - Λαμβάνετε χρόνια φαρμακευτική αγωγή - Έχετε υποβληθεί σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση - Έχετε ασφαλιστική κάλυψη; *

Η καλή κατάσταση υγείας κρίνεται απαραίτητη, τόσο για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης των εθελοντών στα καθήκοντα τους, όσο και για την δική τους ασφάλεια

Πως μάθατε για το πρόγραμμα;

Ο/Η αιτών/ούσα βεβαιώνει ότι αποδέχεται το δικαίωμα για χρήση, στατιστική επεξεργασία και κοινοποίηση των στοιχείων που έχει υποβάλει, σύμφωνα με το νόμο για την προστασία ατομικών δεδομένων. *

Αποδοχή

Ο Αιτών/ουσα

Υπογραφή

* Απαιτείται