



SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ PAȘCANI
Str.Grădiniței nr.5, jud.Iași, CP 705200 Tel: 0232763600; Fax: 0232765060
e-mail:spitalulmunicipalpașcani@yahoo.com
Operator date caracter personal :11549

Nr..... /Data.....

Anexa 2 la Decizia nr. 182/05.03.2025

FORMULAR INSCRIERE CA VOLUNTAR

Nume

Prenume..... CNP

Adresa de domiciliu

Nationalitatea

Numar telefon

E-mail

Limbi straine cunoscute

Nivel cunoastere

.....

Institutia de invatamant absolvita/Specialitatea/Anul absolvirii

.....

Alte competente detinute

Postul si structura unde doriti sa aplicati ca voluntar:

.....

Este prima experienta de acest fel?

Da..... Nu.....

Daca ati raspuns NU, completati in continuare:

- Postul/pozitia

- Instituția.....

- Departamentul

- Perioada

Detalii privind repartizarea in cadrul unitatii noastre:

Durata voluntariatului:

Data de început propusa:

Data de finalizare propusa:

Disponibilitatea dvs. in timp:

De la pana la

Care sunt zilele in care sunteți disponibil pentru activitatea de voluntariat? Marcați cu x zilele!

Luni

Joi

Martți

Vineri

Miercuri

Declarație pe propria răspundere

Certific faptul ca toate informațiile sunt reale si acestea au fost date cu acordul meu. Sunt de acord ca informațiile privind datele personale sa fie facute publice, daca exista un scop sau interes legal. Degrevez unitatea sanitara de orice fel de răspundere privind furnizarea acestor informații.

Cunosc faptul ca toate activitățile întreprinse pe perioada voluntariatului, in cadrul unitatii sanitare nu sunt remunerate.

Sunt de acord ca pe toata perioada voluntariatului sa respect procedurile si protocoalele in vigoare privind organizarea si funcționarea unității sanitare.

Semnatura

Data