



FICHA DE INSCRIÇÃO

Este questionário é absolutamente CONFIDENCIAL
(todos os itens têm de ser preenchidos)

Identificação:

Nome Completo: _____

Data. Nascimento: ___ / ___ / ____

Cartão de Cidadão Nº _____ NIF _____

Residência: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade _____

Telefone ou Telemóvel: _____

Email: _____

Habilitações Académicas /

Formação Complementar: _____

Situação Profissional:

Ativo: Profissão: _____ Local Trabalho: _____

Reformado: Desempregado:

Estudante: Curso: _____ Nível: _____

Informações Adicionais:

1. Quais as razões que o levaram a candidatar-se a Voluntário?

- * _____
- * _____
- * _____
- * _____
- * _____

Indique qual a disponibilidade cumprir as 4h mínimas semanais de voluntariado.

Disponibilidade fixa

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

Disponibilidade variável

Especifique o seu caso:

Experiência anterior em voluntariado.

Tem alguma formação específica na área do voluntariado?

Não Sim

Se sim, qual?

É ou já foi voluntário noutra instituição?

Não Sim

Qual instituição? _____

Qual o período de tempo? _____

Que função desempenhou? _____

Autorizo a recolha e tratamento dos meus dados pessoais pela Associação de Amigos do Hospital de Santa Maria, no âmbito do Voluntariado que promove no Hospital de Santa Maria. Para mais informações, queira por favor consultar a nossa Política de Privacidade [na sede da nossa associação]

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Documentos a apresentar: BI ou Cartão de Cidadão, NIF, 1 fotografia atual e comprovativo de morada.



FICHA DE INSCRIÇÃO

Este questionário é absolutamente CONFIDENCIAL
(todos os itens têm de ser preenchidos)

Termo de Confidencialidade

Eu, _____, comprometo-me a manter a confidencialidade de toda a documentação e, em geral, de toda a informação obtida de Pacientes do Hospital de Santa Maria, Familiares de Pacientes, Voluntários, Associados, Trabalhadores, Colaboradores e Membros dos Órgãos Sociais da **Associação dos Amigos do Hospital de Santa Maria (“AAHSM”)**, abstendo-me de ações tais como:

- Divulgar, a pessoas não autorizadas, documentação e informação de Pacientes do Hospital de Santa Maria, de Familiares de Pacientes, de Voluntários, de Associados, de Trabalhadores, de Colaboradores e de Membros dos Órgãos Sociais da **AAHSM**;
- Permitir, a pessoas não autorizadas, o manuseio, leitura ou uso de qualquer documentação ou ficheiros com dados de Pacientes do Hospital de Santa Maria, de Familiares de Pacientes, de Voluntários, de Associados, de Trabalhadores, de Colaboradores e de Membros dos Órgãos Sociais da **AAHSM**;
- Explorar, em benefício próprio, informações ou documentos obtidos de Pacientes do Hospital de Santa Maria, de Familiares de Pacientes, de Voluntários, de Associados, de Trabalhadores, de Colaboradores e de Membros dos Órgãos Sociais da **AAHSM**.

Declaro que li, compreendi e, na medida do aplicável, irei cumprir com o disposto na Política de Proteção de Dados Pessoais da **AAHSM**.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura