

VOLUNTEER APPLICATION

Please Print

Vă rugăm să scrieți cu majuscule. Nume (Prenume, Inițiala de la al doilea nume, Nume de familie)

_____ Data nașterii _____

Adresă _____

Oraș _____ Județ _____ Cod

poștal _____ Telefon acasă () _____ **Telefon serviciu**

() _____ Telefon mobil () _____

Email _____

Angajator _____

Ocupație _____ Poate primi apeluri la serviciu: Da Nu Doar în
situații de urgență Persoana de contact în caz de urgență:

Nume _____ Telefon () _____

Adresă _____ Oraș _____ Județ _____ Cod

poștal _____ Educație/Instruire

specială _____

_____ Experiență de

muncă _____

_____ Două referințe (dacă ați făcut voluntariat în altă parte, vă rugăm să includeți o referință).

Nume _____ Telefon () _____

Adresă _____ Oraș _____ Județ _____ Cod

poștal _____ Nume _____ Telefon

() _____ Adresă _____

Oraș _____ Județ _____ Cod poștal _____ Bifați toate domeniile de interes:

Măsurarea tensiunii arteriale Laborator ambulatoriu Receptioner Agenți de curățenie Magazin de
cadouri Salutatori Clinici satelit IMH Hospice Îngrijire la domiciliu Iroquois Marketing/Birou de
voluntariat Imagistică medicală Transportor Birou înregistrare medicală Reabilitare ambulatorie Chirurgie
ambulatorie Reședință pentru vârstnici Proiecte speciale Recepție în centrele satelit. Cunoașteți o limbă
în afara limbii engleze? Da Nu

Limba _____ Vorbiți Citiți Scrieți

Limba _____ Vorbiți Citiți Scrieți Alte

abilități speciale: (abilități în domeniul calculatorului, profesor, manichiurist, coafor, masor, etc.)

IMH? _____

IMH? _____

_____ Semnătura

solicitantului Data Vă rugăm să trimiteți sau să predați cererea completată la: (introduceți adresa spitalului)