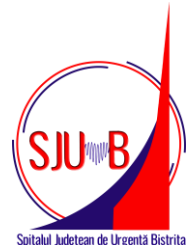




CONSILIUL JUDEȚEAN BISTRIȚA-NĂSĂUD
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA



420094 Municipiul Bistrița, Bulevardul General Grigore Bălan, nr. 43, Tel/Fax: 0263.231.404
E-mail: spital.bistrita@gmail.com / spital.oficiu@gmail.com

Nr. _____

Data de azi (*Today's date*): ___/___/_____

FORMULAR DE ÎNSCRIERE CA VOLUNTAR
(Volunteer application form)

Date personale (personal data)*¹

Prenume (*First*): _____

Nume de familie (*Last*): _____

• **Adresă (Address)**

De domiciliu: _____

Home address: _____

• **Reședința (Residence)(in Romania)**

• **Naționalitatea (Nationality)** _____

• **Țară (Country)** _____

• **E-mail (E-mail)** _____

• **Număr de telefon (Phone number)** _____

• **Limbi străine (Foreign Languages) Nivel limbi străine(Level)**

○ _____

○ _____

Institutia de învățământ (Educational Institution) / Specialitatea (Area of study) / Anul (Year)*

¹ Câmpurile cu „*” sunt obligatorii. The fields with „*” are mandatory



Alte competențe (Other skills)

Dacă doriți să aplicați pentru un anumit post, vă rugăm să precizați **poziția și structura**.
(If applying for a specific volunteering vacancy, please state which role and location.)

Este prima experiență de acest fel?*

(This is your first volunteer experience?)*

Da(Yes)___ Nu(No)___

Dacă ați răspuns NU, completați în continuare:
(If you answered NO, fill the following):

Experiență de voluntariat (Amintiți cele mai recente cazuri):
(Volunteer experience) (List most recent positions):

Poziția (Position):_____

Instituția (Institution):_____

Departamentul

(Department):_____

Perioada (Date):_____

Poziția (Position):_____

Instituția (Institution):_____

Departamentul

(Department):_____

Perioada (Date):_____

Detalii privind repartizarea (Placement details)

Durata voluntariatului (Duration of Volunteer Services)*

Data de început propusă (Proposed Start Date): _____

Data de finalizare propusă (Proposed End Date): _____

Disponibilitatea d-voastră în timp (Your disponibility in time)*:

De la (From)_____ a.m/p.m. - până la (to)_____ a.m/p.m.

Care sunt zilele în care ați fi disponibil pentru activitatea de voluntariat? Marcați ziua cu „X” (Which days can you volunteer? Mark the day with “X”)!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Luni (Monday) | <input type="checkbox"/> Vineri (Friday) |
| <input type="checkbox"/> Marți (Tuesday) | <input type="checkbox"/> Sâmbătă (Saturday) |
| <input type="checkbox"/> Miercuri (Wednesday) | <input type="checkbox"/> Duminică (Sunday) |
| <input type="checkbox"/> Joi (Thursday) | <input type="checkbox"/> Sărbători (Holidays) |

Frecvența (Frequency)*:

Săptămânal, a câte ___ ore; (Weekly), for ___ hours;

Lunar, a câte ___ ore; (Monthly), for ___ hours;

Ocazional, a câte ___ ore; (Occasionally), for ___ hours;



Ați suferit vreodată o condamnare (găsit vinovat) pentru o faptă penală sau aveți un dosar pe rolul instanțelor penale?*

Da___ Nu___

Dacă ați răspuns DA, vă rog descrieți toate condamnările, faptele și împrejurările referitoare la aceste cauze.

(Have you ever been convicted (found guilty) of a crime or there are any pending criminal charges awaiting a hearing in a court of law?*

Yes___ No___

If you answered YES, please describe all convictions, the facts and circumstances involved).

Contact în caz de urgență: Numiți persoana care doriți să fie anunțată în caz de urgență*
Emergency contact: In the event of an emergency, please list the person you would want notified*

Nume (Name)	Relație (Relationship)
Nr. telefon Acasă (Home telephone number)	Nr. telefon Mobil (Cellular phone number)

Declarație pe propria răspundere (Statement of Understanding):

Certific faptul că toate informațiile sunt cele reale și acestea au fost date cu acordul meu. Sunt de acord ca informații privind datele personale să fie făcute publice, dacă există un scop sau interes legal. Eliberez instituția Spitalului de orice fel de răspundere privind furnizarea acestor informații.

Sunt de acord că toate activitățile întreprinse pe timpul perioadei de voluntariat, în cadrul instituției Spitalului, vor fi neremunerate.

Sunt de acord ca, pe toată perioada voluntariatului, să respect procedurile și protocoalele în vigoare privind organizarea și funcționarea Spitalului Județean de Urgență Bistrița.

I certify that all information are true and has been given voluntarily. I understand that this information may be disclosed to any party with legal and proper interest. I release the Hospital from any liability whatsoever for supplying such information.

I understand that all my activities within the Hospital, during the time I volunteer, gives me no right to be remunerated.

I agree that within the entire period of volunteering, to respect all the procedures and protocols in force caused by the organization and operation of Bistrita Emergency County Hospital.

Semnătura Aplicantului: _____

Applicant's Signature: _____

Vizat

Coord. Voluntar: _____

