



ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
Αγίου Βασιλείου 63 – Άλσος - Τ.Κ. 121 35 Περιστερί
Τηλέφωνο και Φάξ: 2105776776
www.eopp.gr / e-mail: info@eopp.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο.....
Όνομα πατέρα Όνομα μητέρας
Διεύθυνση κατοικίας – Οδός Αριθμός Τ.Κ.....
Περιοχή / Δήμος Νομός
Τηλ. Οικίας..... Φαξ..... Κινητό.....

Διεύθυνση Εργασίας(αν υπάρχει) – Οδός Αριθμός..... Τ.Κ.....
Περιοχή / Δήμος Νομός Τηλ.....
Ημερ. Γέννησης __ / __ / ____ E-mail
Στρατιωτικές υποχρεώσεις Ειδική εκπαίδευση.....

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η Έγγαμος/η Άλλο:.....
Παιδιά (αν υπάρχουν πόσα).....

3. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τύπος (Γενικό, Επαγγελματικό κλπ).....
Επαγγελματική Σχολή ειδικότητα.....
Τ.Ε.Ι Σχολή-τμήμα :
Α.Ε.Ι Σχολή-τμήμα :
Πρόσθετα πτυχία τριτοβάθμιας
Μεταπτυχιακές Σπουδές :
Επιμορφωτικά Σεμινάρια:
Ξένες Γλώσσες:

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Επαγγελματική Κατάσταση: Εργαζόμενος/ η Άνεργος/ η Συνταξιούχος
Επάγγελμα.....
Φορέας: Δημόσιος Ιδιωτικός
Άλλη επαγγελματική εμπειρία.....

5. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Ανήκετε σε άλλες Εθελοντικές Οργανώσεις; (αν ναι σε ποιες);.....

Για πόσο χρονικό διάστημα;.....

Ποια η δράση σας;.....

Ποια η θέση σας; – Μέλος..... - Υπεύθυνη θέση.....

Γενικότερα, ποιοι οι τομείς των ενδιαφερόντων σας για την προσφορά εθελοντικού έργου;.....

6. ΕΠΙ ΠΛΕΟΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Έχετε δίπλωμα οδήγησης; κατηγορίας Έχετε αυτοκίνητο; Μονό Ζυγό

Γνώσεις Η/Υ (αναφέρετε σύντομα τι είδους).....

Άλλες δεξιότητες.....

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (*)

Γενική Κατάσταση Υγείας (άριστη, πολύ καλή, καλή κ.α).....

Έχετε κάτι να επισημάνετε σχετικά με την υγεία σας;.....

Λαμβάνετε για κάποιο λόγο χρόνια φαρμακευτική αγωγή;.....

Έχετε υποβληθεί σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση;.....

Έχετε ασφαλιστική κάλυψη; (αν ναι φορέας).....

(*) Η καλή κατάσταση υγείας κρίνεται απαραίτητη, τόσο για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης των εθελοντών στα καθήκοντά τους, όσο και για την δική σας ασφάλεια. Ως εκ τούτου η παρούσα αίτηση είναι και υπεύθυνη δήλωση. Ίσως σας ζητηθεί βεβαίωση αρμοδίου Ιατρού προκειμένου να λάβετε μέρος σε δράσεις και εκπαιδεύσεις της ομάδας.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ

Ο/Η αιτ..... βεβαιώνει ότι έχει λάβει γνώση και αποδέχεται το Καταστατικό της Εθελοντικής Ομάδας Πολιτών Περιστερίου και επιθυμεί να γίνει Μέλος αυτής.

Ο/Η Αιτ.....

(Όνοματεπώνυμο)

(Υπογραφή)

Ημερομηνία υποβολής αίτησης ___ / ___ / _____

Ο παραλαβών την αίτηση Υπογραφή

Ημερομηνία Εξέτασης της αίτησης από το Δ.Σ. ___ / ___ / _____

Έγκριση Αριθμός Μητρώου μέλους Απόρριψη (λόγοι).....