**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | Data, miejsce urodzenia: |
| Obywatelstwo: | PESEL: |
| Wzrost: | Waga |
| Tel. Kontaktowy\*: | E-mail\*: |
| Adres: | |
| Czy podejmie się Pan/Pani pracy w domu Podopiecznego, gdzie jest całkowity zakaz palenia?  □ Tak □ Nie | |
| Istotne informacje dotyczące stanu zdrowia (alergie, cukrzyca itp.): | |

1. Wykształcenie i doświadczenie zawodowe

|  |  |
| --- | --- |
| * **zawodowe** | * **Średnie ogólnokształcące** * **Policealne** * **Wyższe (w tym licencjat)** |
| **Ukończona szkoła (nazwa i kierunek):** | |
|  | |
| **Kursy, studia podyplomowe:** | |
|  | |
| **Zawód wyuczony:** | |

1. Posiadam:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie medyczne | TAK / NIE |
| Czynne prawo jazdy i jeżdżę samochodem | TAK / NIE |
| Kurs opieki | TAK / NIE |
| Kurs pierwszej pomocy | TAK / NIE |
| Kurs siostry PCK | TAK / NIE |

1. Gdzie uczył/a się Pan/i języka niemieckiego?

|  |  |
| --- | --- |
| * w szkole, na kursie | * samodzielnie w domu |
| * poprzez pobyt w Niemczech długość pobytu w Niemczech ………………………………………………. | |

1. Skąd uzyskała Pani informację o agencji Avoria?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Strona WWW | * Ogłoszenie internetowe | * Od znajomej opiekunki | * Inne…………………………… |

1. Informacje odnośnie pracy jako Opiekun/ka osób starszych:

Proszę krótko opisać dlaczego chce Pani / Pan pracować jako Opiekunka / Opiekun osób starszych?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…....….…..….………………………………….

Proszę krótko opisać swój charakter, swoje zainteresowania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…….…………………..…..………...……

Czy ma Pani / Pan referencje? TAK / NIE

Łączne doświadczenie w opiece w latach: ……………………………………………………………………………………………..………………………….

Deklaruje, że chcę wyjechać do pracy z firmą AVORIA w terminie:

od (od kiedy może Pan/i wyjechać) …..…………..……….…….……….. na jak długo? ………..……………………………...…………….………….

**Z jakim pacjentem chciałaby Pan/i pracować?**

|  |  |
| --- | --- |
| leżącego / na wózku z dźwiganiem TAK / NIE | leżący bez dźwigania TAK / NIE |
| z Alzheimerem TAK / NIE | z nowotworem TAK / NIE |
| z Demencją TAK / NIE | cewnikowanym TAK / NIE |
| posiadającym zwierzęta domowe TAK / NIE | dwiema osobami do opieki TAK / NIE |
| z pampersami TAK / NIE | z drugą osobą w gospodarstwie domowym, TAK / NIE  ale nie do opieki |
| Inne wymagania odnośnie stanu zdrowia pacjenta (proszę pamiętać, że może to ograniczyć ilość ofert jakie firma Avoria będzie mogła zaproponować Pani/Panu): | |

**Choroby z jakimi miał/a Pan/i doświadczenie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐**Alergia  **☐**Cukrzyca  **☐**Białaczka  **☐**Problemy ze wzrokiem/słuchem  **☐**Parkinson  **☐**Depresja  **☐**Choroby psychiczne  **☐**Biegunka/Zaparcia  **☐**Nietrzymanie moczu / kału  **☐**Cewnik  **☐**Stoma | **☐** Pacjent leżący  **☐** Pacjent na wózku inwalidzkim  **☐** Demencja  **☐** Alzheimer  **☐** Zaburzenia snu  **☐** Choroby ukł. krążenia  **☐** Pacjent po wylewie  **☐** Nadciśnienie  **☐** Paraliż  **☐** Padaczka  **☐** MS/ALS | **☐** Choroby płuc  **☐** Astma  **☐** Artroza  **☐** Osteoporoza  **☐** Reumatyzm  **☐** Bóle mięśni  **☐** Zachwiania równowagi  **☐**Nowotwór (jaki?......................)  **☐** PEG Sonda  **☐** Osłabienie starcze  **☐**inne: …………………………………… |

**Czynności jakie wykonywał/a Pan/i opiekując się Podopiecznymi:**

|  |  |
| --- | --- |
| **☐** Towarzyszenie podczas wizyt u lekarza  **☐** Wzywanie lekarza  **☐**Opieka w nocy  **☐** Pomoc w poruszaniu się  **☐** Transfer łóżko – wózek/łóżko -krzesło  **☐** Zmiana pozycji w łóżku  **☐** Wykonywanie toalety i higieny w łóżku  **☐** Dbanie o higienę  **☐** Pomoc w toalecie  **☐** Zmiana pieluch  **☐** Pomoc przy cewniku / stomii | **☐** Ubieranie  **☐** Pobudka/ przygotowanie do snu  **☐** Mierzenie temperatury/ ciśnienia  **☐** Podawanie lekarstw  **☐** Przygotowanie posiłków  **☐** Pomoc podczas jedzenia/ podawanie napoi  **☐** Prowadzenie gospodarstwa domowego  **☐** Pomoc w czynnościach dnia codziennego  **☐** Aktywne wsparcie  **☐** Zapewnienie komfortu psychicznego/ aktywizacja  **☐** Udział w spotkaniach |

**Proszę o wypisanie informacji o Podopiecznych jakimi się Pan/i opiekował/a:**

1. Imię podopiecznego: ……………………………………… Miejscowość………………………………………… Wiek…………………..

Okres opieki od ……….………….. do ………..…………

1. Imię podopiecznego: ……………………………………… Miejscowość………………………………………… Wiek…………………..

Okres opieki od ……….………….. do ………..…………

1. Imię podopiecznego: ……………………………………… Miejscowość………………………………………… Wiek…………………..

Okres opieki od ……….………….. do ………..…………

1. Imię podopiecznego: ……………………………………… Miejscowość………………………………………… Wiek…………………..

Okres opieki od ……….………….. do ………..…………

1. Imię podopiecznego: ……………………………………… Miejscowość………………………………………… Wiek…………………..

Okres opieki od ……….………….. do ………..…………

**7**. **Oświadczenia firmy:**

1. Grupa Avoria\*\* zobowiązuje się dołożyć wszelkich starań, by znaleźć ofertę pracy zgodną z oczekiwaniami

oraz predyspozycjami kandydata w deklarowanym przez niego terminie.

2. Grupa Avoria poszukuje dla kandydata pracy od momentu otrzymania od niego kompletu wypełnionych dokumentów. Przedstawienie oferty pracy i jej akceptacja następują w trakcie rozmowy telefonicznej.

**8. Oświadczenia kandydata:**

1. Oświadczam, iż zgłaszam swoją kandydaturę do pracy w Grupie Avoria i tym samym biorę udział w procesie rekrutacji   
na poniższych zasadach.

2. Po zaakceptowaniu przeze mnie oferty pracy nie mogę jej odrzucić bez podania na piśmie ważnego powodu wraz z udokumentowanym uzasadnieniem.

3. Oświadczam, iż mój aktualny stan zdrowia pozwala mi na podjęcie zlecenia i prawidłowe wykonywanie obowiązków   
w ramach pomocy osobom starszym.

4. Oświadczam, iż w trakcie pobytu w miejscu świadczenia usług nie będę spożywał/a alkoholu ani żadnych innych środków odurzających.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb rekrutacyjnych Grupy Avoria, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**9. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Avoria Pflege Sp.z o.o. z siedzibą**

**w Chorzowie 41-500, ul. Zjednoczenia 4/6.**

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji obecnej i przyszłej zgodnie ze złożonym oświadczeniem   
na podstawie art.6 ust.1. pkt a, osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych   
w jednym lub większej liczbie określonych celów.

2. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą partnerzy Grupy Avoria.

3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 10 lat.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji obecnej i przyszłej.

8. Pani/Pana dane będą przetwarzane w formie profilowania.

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Grupę Avoria moich danych osobowych **(biorę udział**

**w rekrutacji)**

□ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez grupę Grupę Avoria moich danych osobowych

**(nie biorę udziału w rekrutacji)**

**9. Zgoda marketingowa na otrzymywanie informacji o ofertach pracy oraz akcjach promocyjnych telefonicznie lub przez e-mail:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Avoria Pflege Sp. z o.o. z siedzibą   
w Chorzowie (41-500) przy Zjednoczenia 4/6 będącą jednocześnie administratorem danych osobowych , w celu kontaktowania się ze mną drogą elektroniczną oraz telefonicznie, w celach marketingu bezpośredniego polegającego na promowaniu usług własnych, badaniach konsumenckich, informowaniu o konkursach, promocjach i wydarzeniach organizowanych przez podmioty wchodzące w skład Grupy Avoria. Informujemy, że podanie danych jest dobrowolnie, masz prawo dostępu do treści swoich danych, a także prawo ich poprawiania. Informujemy o możliwości wycofania w dowolnym momencie udzielonej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływało na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

□ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji od Grupy Avoria

□ Nie wyrażam zgody na otrzymywanie informacji od Grupy Avoria

................................................ ................................................

(miejscowość i data) (podpis Kandydata)

*\* Telefon oraz adres e-mail będzie wykorzystywany w celu rekrutacji obecnej i przyszłych.  
\*\* Grupa Avoria - Podmioty wchodzące w skład Grupy Avoria zostały wymienione w Polityce Bezpieczeństwa Grupy Avoria*