Dane osobowe

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | Data, miejsce urodzenia: |
| Obywatelstwo: | PESEL: |
| Stan cywilny: | Liczba posiadanych dzieci: |
| Wzrost: | Waga |
| Tel. Kontaktowy: | e-mail: |
| Adres: |
| Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku: tel. |
| Czy pali Pan/i papierosy: NIE TAK TAK, ale tylko na zewnątrz  |
| 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)** | **Rok ukończenia** |
|  |  |
| **Kursy, studia podyplomowe** | **Rok ukończenia** |
|  |  |
| **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?

|  |  |
| --- | --- |
| poruszającym się na wózku inwalidzki TAK / NIE  | po wylewie TAK / NIE |
| z Alzheimerem TAK / NIE | z nowotworem TAK / NIE |
| z Demencją TAK / NIE | cewnikowanym TAK / NIE |
| z Parkinsonem TAK / NIE | dwiema osobami do opieki TAK / NIE |
| z pampersami TAK / NIE | Z drugą osobą w gospodarstwie domowym, TAK / NIEale nie do opieki  |
| z inkontynencją - wkładki TAK / NIE | posiadającym zwierzęta domowe TAK / NIE |
| 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[ ]  Ślepota/ brak słuchu[ ]  Depresja[ ]  Choroby psychiczne[ ]  Migrena/bóle głowy[ ]  Parkinson[ ]  Nietrzymanie moczu[ ]  Pacjent leżący[ ]  Pacjent na wózku inwalidzkim | [ ]  Żylaki[ ]  Nowotwór[ ]  Demencja[ ]  Alzheimer[ ]  Bezsenność[ ]  Kłopoty sercowe[ ]  Pacjent po wylewie[ ]  Nadciśnienie[ ]  Paraliż[ ]  Padaczka[ ]  MS[ ]  Astma | [ ]  Zapalenie płuc[ ]  Hemoroidy[ ]  Biegunka/Zaparcia[ ]  Osteoporoza[ ]  Reumatyzm[ ]  Bóle mięśni[ ]  Kłopoty z poruszaniem się[ ]  Żółtaczka[ ]  Zachwiania równowagi[ ]  Nudności[ ]  Osłabienie[ ] 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[ ]  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 ………..…………

1. Oświadczenia firmy:

1. Firma **AVORIA** zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań do znalezienia oferty pracy zgodnej z oczekiwaniami oraz predyspozycjami kandydata w terminie deklarowanym przez kandydata.

2. Firma **AVORIA** poszukuje dla kandydata pracy od momentu otrzymania kompletu wypełnionych przez kandydata dokumentów. Przedstawienie oferty pracy i jej akceptacja następują w trakcie rozmowy telefonicznej.

1. Oświadczenia kandydata:

1. Oświadczam, iż zgłaszam swoją kandydaturę do pracy w firmie 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 nie mam żadnych chorób, które uniemożliwiają mi podjęcie i wykonywanie pracy lub stanowią przeszkodę w prawidłowym wykonywaniu obowiązków w ramach pomocy osobom starszym.

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

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osób osobowych i zdjęć zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb rekrutacyjnych firmy AVORIA, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z pózn. zm.)

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

 (miejscowość i data) (podpis Kandydata)