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 / NIE  ale 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)