

OPIEKUNKI365
Biuro: SZCZECIN, Budynek WZDZ,
Pl. Jana Kilińskiego 3/124

tel. (0048) 533-365-360
e-mail: opiekunki365@gmail.com
www.opiekunki365.pl



OPIEKUNKI
365

FORMULARZ REKRUTACYJNY

(WYPEŁNIAMY WIELKIMI LITERAMI)

DANE OSOBOWE

NAZWISKO		
IMIE/IMIONA		
DATA URODZENIA (DD.MM.RR)		
MIEJSCE URODZENIA		
OBYWATELSTWO		
<h3><u>DANE KONTAKTOWE</u></h3>		
MIEJSCOWOŚĆ		
KOD POCZTOWY		
ULICA/NUMER		
WOJEWÓDZTWO		
NUMER TELEFONU KOMÓRKOWY / STACJONARNY		
E-MAIL		

DANE OGÓLNE

WYKSZTAŁCENIE	
OBECNE ZAJĘCIE	

ZNAJMOŚĆ JEZYKA NIEMIECKIEGO (*właściwe zakreślić)

BRAK	SŁABA	KOMUNIKATYWNA	DOBRA	BARDZO DOBRA	BIEGŁA
------	-------	---------------	-------	--------------	--------

GDZIE UCZYŁ/UCZYŁA SIĘ PAN/PANI JEZYKA?

--

CZY ZNA PAN/PANI INNE JEZYKI OBCE? (*właściwe zakreślić)

TAK (JAKIE I W JAKIM STOPNIU?)	NIE
-----------------------------------	-----

O SOBIE (*właściwe zakreślić)

PRAWO JAZDY*	TAK	NIE
DOŚWIADCZENIE W PROWADZENIU AUTA*	TAK	NIE
CZY JEST PAN/PANI GOTOWY/GOTOWA PROWADZIĆ AUTO W NIEMCZECH?*	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani do wiadomości, że palenie papierosów możliwe jest tylko poza domem podopiecznych. W szczególnych przypadkach może być całkowicie przez rodzinę zabronione?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani do wiadomości, że picie alkoholu i zażywanie jakichkolwiek środków odurzających jest w pracy opiekunka/opiekunki całkowicie zabronione?	TAK	NIE
CZY PODLEGA PAN/PANI UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEMU (składki ZUS/KRUS)?* (*właściwe zakreślić)	TAK*	NIE
	KRUS**	
	WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ**	
	URZĄD PRACY**	
	UMOWA O PRACĘ/ZLECENIE**	
CZY JEST PAN/PANI NA RENCIE/EMERUTURZE?*	TAK	NIE

DOŚWIADCZENIE W PRACY JAKO OPIEKUN/OPIEKUNKA OSOBY STARSZEJ(*właściwe
zakreślić)

CZY W PRZESZŁOŚCI PRACOWAŁ/PRACOWAŁA PAN/PANI JAKO OPIEKUN/OPIEKUNKA OSOBY STARSZEJ?*	TAK	NIE
---	-----	-----

JEŚLI TAK, TO GDZIE?:

1. OKRES od-do/
2. WIEK PACJENTA/
3. CHOROBY PACJENTA/
4. OBOWIĄZKI/

<u>KRAJ</u>	<u>ILOŚĆ MIESIĘCY</u>	<u>PODOPIECZNY (KOBIETA (K) CZY MEŻCZYZNA (M))</u>
NIEMCY (lub inny kraj)		

**Z JAKIMI CHOROBAМИ PODOPIECZNYCH MIAŁ/MIAŁA PAN/PANI DO CZYNIEŃIA?
JAKIE CZYNNOŚCI WYKONYWAŁ/WYKONYWAŁA PAN/PANI PODCZAS OPIEKI NAD
OSOBAMI STARSZYMI LUB CHORYMI? (*postawić znak X przy właściwym polu)**

ALZHEIMER	
DEMENCJA	
NIETRZYMANIE MOCZU, KAŁU	
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA	
CEWNIK	
STOMIA (WYDALANIE PRZY POMOCY APARATURY)	
PARALIŻ	
NOWOTWÓR	
PARKINSON	
OSTEOPOROZA	
UDAR	
NIEDOSŁYSZENIE	
NIEDOWIDZENIE	
ODLEŻYNY	
NADCIŚNIENIE	
DEPRESJA	
ZABURZENIE SNU	
UPOŚLEDZENIE PSYCHICZNE	
POMOC W TOALECIE OSOBISTEJ	
POMOC W MYCIU	
POMOC W ZAŁATWIANIU SIĘ	
UBIERANIE I ROZBIERANIE	
GOTOWANIE	
SPRZĄTANIE	
GIMNASTYKA	
ZMIANA PIELUCH	
OPIEKA NOCNA	
PROWADZENIE DOMU	
PRZYPOMINANIE O PRZYJMOWANIU LEKÓW	
WIZYTY U LEKARZA	
DOŚWIADCZENIE Z OSOBAMI NA WÓZKU INWALIDZKIM	
DOŚWIADCZENIE Z PORUSZAJĄCYMI SIĘ ZA POMOCĄ CHODZIKA	
DOŚWIADCZENIE Z OSOBAMI LEŻĄCYMI	
CUKRZYCA	

PYTANIA UZUPEŁNIAJĄCE

(*właściwe zakreślić)

CZY PREFERUJE PAN/PANI OPIEKĘ NAD KOBIETĄ CZY MĘŻCZYZNĄ?*	KOBIETA	MĘŻCZYZNA	OBOJĘTNIE
CZY PODJĄŁBY/PODJEŁABY SIĘ PAN/PANI OPIEKI NAD DWÓJKĄ OSÓB (NP. MAŁŻEŃSTWEM)?*	TAK		NIE
CZY PRZESZKADZAJĄ PANU/PANI ZWIERZĘTA DOMOWE (PIES, KOT, itp.) *	TAK		NIE
CZY JAKAŚ KONKRETNA CHOROBA PODOPIECZNEGO WYKLUCZYŁABY PODJĘCIE PRZEZ PANA/PANIĄ PRACY? JAKIE TO SCHORZENIE?			

NA JAK DŁUGO MOGŁBY/MOĞŁABY PAN/PANI WYJECHAĆ?		
CZY JEST PAN/PANI GOTOWY/GOTOWA WYJECHAĆ DO PRACY NA MIN. 2 MIESIĄCE?*	TAK	NIE
CZY ODPOWIADA PANU/PANI 2-3 MIESIĘCZNY CYKL ZMIANOWY?*	TAK	NIE
OD KIEDY MÓGŁBY/MOĞŁABY PAN/PANI PODJĄĆ PRACĘ?		
CZY POTRAFI PAN/PANI GOTOWAĆ, PIEC?*	TAK	NIE
CZY JEST PAN/PANI GOTÓW/GOTOWA WYKONYWAĆ PODSTAWOWE PRACE DOMOWE (PRANIE, SPRZĄTANIE, ITP.)?*	TAK	NIE
CZY ZGODZIŁBY/ZGODZIŁABY SIĘ PAN/PANI WYKONYWAĆ DROBNE PRACE W OGRÓDKU?*	TAK	NIE
JAKIE SĄ PANA/PANI ŻYCZENIA I WYMAGANIA DOTYCZĄCE PRACY?		

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE/KANDYDATCE

PROSZĘ KRÓTKO OPISAĆ SWOJĄ OSOBE. (zainteresowania, hobby, atuty, dodatkowe umiejętności)

--

SKĄD DOWIEDZIAŁ/DOWIEDZIAŁA SIĘ PAN/PANI O NASZEJ FIRMIE? (*postawić X w odpowiednim miejscu)

STRONA WWW.OPIEKUNKI365.PL	
INTERNET	
RAKLAMA W RADIO	
GAZETA	
ULOTKA	
PLAKAT	
OD INNEJ OSOBY	
JESTEM Z POLECENIA	

ZAŁĄCZNIKI

„Dobrowolnie przekazuję mój wizerunek (zdjęcie) w celu przedstawienia mojego profilu osobowego potencjalnym pracodawcom/rodzinom oraz w celu skutecznego zorganizowania dla mnie miejsca pracy”

(*właściwe podkreślić) :

CV

ZDJĘCIE

REFERENCJE

ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA KURSU DLA OPIEKUNEK OSÓB STARSZYCH

ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA KURSU JĘZYKOWEGO

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).”

PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI

MIEJSCE I DATA

.....

.....