OGÓLNOPOLSKA AKCJA CHARYTATYWNA
POMÓŻ DZIECIOM PRZETRWAĆ ZIMĘ 2016

Sztab Akcji Nr . . . . . w . . . .

przy . . . .

DEKLARACJA WOLONTARIUSZA

(deklarację wypełnia tylko osoba pełnoletnia)

1. Ja, niżej podpisany (-a) . . . .

imię i nazwisko

2. zamieszkały (-a) . . . .

kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr lokalu

3. seria i Nr dow. osob |___|___|___|___|___|___|___|___|___| **PESEL** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

4.* nr telefonu kontaktowego |___|___|___|___|___|___|___|___|___| **5.*** ***e-mail*** . . . .

6. miejsce nauki / pracy . . . .

7. poświadczenie Szkoły / Zakładu Pracy

. . . .

pieczęć jednostki, w ramach której na co dzień funkcjonuje Wolontariusz ***podpis osoby upoważnionej***

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z z Regulaminem oraz Aneksem i Wskazówkami na rok 2016 Ogólnopolskiej Akcji Charytatywnej „Pomóż Dzieciom Przetrwać Zimę" 2016 i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jestem gotowy (-a) przyjąć na siebie obowiązki Wolontariusza Akcji.

Przestrzegając postanowienia p. 10 Aneksu 2015 do Regulaminu Akcji, zobowiązuję się także jako Wolontariusz Akcji dołączyć swoją fotografię do pobranego Identyfikatora Akcji.

Akceptując Regulamin, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Akcji.

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe.

** nr telefonu kontaktowego oraz adres e-mail służą wyłącznie do kontaktu z Wolontariuszem, podlegają ochronie, nie mogą i nie są nigdzie publikowane*

. . . .

czytelny podpis Wolontariusza

P O T W I E R D Z E N I E   W Y D A N I A / P O B R A N I A   I D E N T Y F I K A T O R A

Identyfikator N r . . . .

. . . .

podpis Wolontariusza przyjmującego Identyfikator *podpis Szefa Sztabu wydającego Identyfikator*

miejscowość i data: . . . . ***2016*** *r.*