



## OGÓLNOPOLSKA AKCJA CHARYTATYWNA POMÓŻ DZIECIOM PRZETRWAĆ ZIMĘ 2024

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. 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 Regulaminem, Aneksiem oraz Wskazówkami na rok 2024 Ogólnopolskiej Akcji Charytatywnej „Pomóż Dzieciom Przetrwać Zimą” i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jestem gotowy (-a) przyjąć na siebie obowiązki Wolontariusza Akcji PDPZ 2024.

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe.

.....  
*czytelny podpis Wolontariusza*

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

### POTWIERDZENIE WYDANIA / POBRANIA IDENTYFIKATORA

Identyfikator Nr .....

.....  
*podpis Wolontariusza przyjmującego Identyfikator*

.....  
*podpis Szefa Sztabu wydającego Identyfikator*

*miejscowość i data:*

2024 r.