

Դիմումի ձև՝ կամավորների/պրակտիկանտների համար

«Քաղաքացիական հասարակության զարգացման կենտրոն»-ը ուրախ կլինի Ձեզ ընդունել որպես կամավոր/պրակտիկանտ

Խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Անուն _____

Ազգանուն _____

Ազգություն _____

Բնակության վայր _____

Ծննդյան թիվ _____

Ծննդավայր _____

Սեռ _____

Ամուսնական կարգավիճակ _____

Փոստային հասցե _____

Փողոց/շենքի համար _____ բնակարան _____

Քաղաք _____ փոստի ինդեքս _____

Նահանգ/մարզ _____ երկիր _____

Հեռախոս _____ ֆաքս _____ էլ-հասցե _____

Բջջային հեռախոս _____

Աշխատանքի/սովորելու վայրը (գործատու, համալսարան, այլ ինստիտուցիոնալ պատկանելիություն)

Ինստիտուտ _____

Բաժին _____ անվանում _____

Փողոց/շենքի համար _____

Քաղաք _____ փոստային ինդեքս _____

Երկիր _____

Հեռախոս _____ ֆաքս _____ էլ-հասցե _____

Մասնագիտություն _____ Գիտական աստիճան _____

Նկարագրեք Ձեր երկարաժամկետ աշխատանքային նպատակները

Ի՞նչ լեզուների եք տիրապետում: Թվարկե՛ք բոլորը՝ նշելով տիրապետման մակարդակը (գերազանց, լավ, բավարար)

Համակարգչային հմտություններ _____

Նախկինում կամավոր եղե՞լ եք այլ քաղաքացիական կազմակերպություններում: Եթե այո, ապա մանրամասնեք: _____

Ինչու՞ եք ուզում կամավոր դառնալ մեր կազմակերպությունում:

Ի՞նչ հատուկ փորձ կցանկանայիք ձեռք բերել այս պրակտիկայի ընթացքում:

Որտեղի՞ց եք իմացել մեր կազմակերպության մասին:

Ե՞րբ եք պլանավորում սկսել պրակտիկան մեր կազմակերպությունում և որքա՞ն ժամանակով (գրե՛ք կոնկրետ ամսաթվեր, եթե հնարավոր է):

Կոնտակտային տվյալներ՝ արտակարգ դեպքերի համար (անուն, հասցե, հեռախոս, էլ-հասցե, հարաբերություն)

Փողոց/շենքի համար _____ բնակարան _____

Քաղաք _____ փոստային ինդեքս _____

Նահանգ/մարզ _____ Երկիր _____

Հեռախոս _____ ֆաքս _____ էլ-հասցե _____

Բջջային հեռախոս _____

Հարաբերություն _____

Խնդրում ենք տրամադրել առողջությանը վերաբերող հետևյալ ինֆորմացիան

Ունե՞ք կանոնավոր կերպով ընդունվող դեղատոմս կամ արգելքներ: _____

Եթե այո, ապա ո՞ր դեղամիջոցները: _____

Ունե՞ք ալերգիա որևէ դեղամիջոցի հանդեպ: _____

Եթե այո, ապա կոնկրետ ո՞ր դեղամիջոցները: _____

Ունե՞ք առողջական խնդիրներ, որոնց մասին մենք պետք է տեղյակ լինենք: _____

Եթե այո, ապա մասնավորեցրեք: _____

Մասնագիտական երաշխավորություններ: Նշե՛ք անունը, հարաբերությունը, կոնտակտային տվյալները (էլ-հասցե, հեռախոս): _____

Խնդրում ենք ծանոթացեք ՔՀԶԿ պատմությանը, առաքելությանը, տեսլականին, գործունեությանը, իրականացված ծրագրերին և պրակտիկայի ծրագրին

Ես ընդունում եմ պայմաններն ու կանոնները

“ _____ ” _____, _____

Ստորագրություն _____