



Wypełnia agencja:

WIEK KANDYDATA
 PRAWO JAZDY
 ROZPOCZĘCIE PRACY
 LOKALIZACJA
 ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW
 WYNAGRODZENIE
 INNE INFORMACJE

OPIEKUN OSOBY STARSZEJ

DANE PERSONALNE	
Nazwisko	Data urodzenia
Imię	Miejsce urodzenia
Ulica	Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Kod pocztowy/Miejscowość	Stan cywilny <input type="checkbox"/> zamężna/y <input type="checkbox"/> wolny
Kraj/Narodowość	Wzrost i waga
Telefon stacjonarny: 0048-	Religia
	Czy jest Pani/Pan osobą praktykującą? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Telefon komórkowy: 0048-	Adres mailowy:
INNE DANE PERSONLANE	
Czy posiada Pani/Pan prawo jazdy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani/Pan doświadczonym kierowcą?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak, czy mogłaby Pani/Pan jeździć u rodziny?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Pani/Pan pali?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak, czy jest Pani/Pan gotowa nie palić u rodziny?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy lubi Pani/Pan zwierzęta?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma Pani/Pan jakieś ograniczenia dietetyczne?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani/Pan w pełni sprawna ruchowo?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy była Pani/Pan karana?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma Pani/Pan własne dzieci?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma Pani/Pan ukończony kurs pierwszej pomocy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Ukończone szkoły:	Zawód wyuczony:
	Zawód wykonywany:

Doświadczenia zawodowe/szkolenia/staże/dotychczasowe miejsca pracy/ Prace wakacyjne/ Prace Sezonowe/ Ukończone kursy/ posiadane certyfikaty:		
Zainteresowania i hobby:		
Wizyty za granicą (kraj, długość pobytu, rodzaj wyjazdu):		
DOŚWIADCZENIE W DOMU - PRACA I OPIEKA NAD DZIEĆMI		
Czy ma Pani/Pan doświadczenie w pracach domowych?		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Proszę wymienić prace domowe, których nie lubi Pani/Pan wykonywać:		
Proszę wymienić prace domowe, które wykonuje Pani/Pan z przyjemnością: (np. prasowanie, gotowanie, sprzątanie, odkurzanie)		
Czy ma Pani/Pan doświadczenie w opiece nad osobami starszymi? (konieczne referencje)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
CZY CHCIAŁABY PANI/PAN OPIEKOWAĆ SIĘ OSOBĄ KTÓRA MA/JEST:		
Obłożnie chora	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ograniczoną możliwość poruszania się	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Problemy psychiczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Demencje (otępienie umysłowe)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Chorobe Alzheimera	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ograniczenia dietetyczne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nieuleczalnie chora	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
PROSZE ZAZNACZYĆ, KTÓRE Z PONIŻSZYCH CZYNNOŚCI MOŻE PANI/PAN WYKONYWAĆ		
Pomoc w kładzeniu oraz podnoszeniu z łóżka	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Agencja Opiekunek i Personelu Domowego/ Agencja Pracy

WROCLAW – LEGNICA

Mycie chorego na łóżku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Karmienie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Pomoc przy kąpieli	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Golenie, szczotkowanie zębów, włosów	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zabieranie starszej osoby na spacer	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Pomoc w prowadzeniu domu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zmianie pieluch	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ubieranie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

DOŚWIADCZENIE W OPIECE NAD OSOBAMI STARSZYMI

Pracodawca Imię Nazwisko	Adres oraz telefon	Okres zatrudnienia	Wykonywane obowiązki
1.		od do	
2.		od do	
3.		od do	

OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PRACY

Preferowane miejsce zamieszkania rodziny:
 Miasto
 Dzielnica

Czy istniałaby możliwość pozostania na noc u rodziny, jeżeli zaistniałaby taka konieczność?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Od kiedy może Pani/Pan rozpocząć pracę?	Na jak długo szuka Pani/Pan zatrudnienia?	
W jakich godzinach odpowiadałaby Pani/Panu praca?		
<input type="checkbox"/> poranne	<input type="checkbox"/> popołudniowe	<input type="checkbox"/> wieczorne
		<input type="checkbox"/> obojętnie

Agencja Opiekunek i Personelu Domowego/ Agencja Pracy

WROCLAW – LEGNICA

Czy jest Pani/Pan zainteresowana zatrudnieniem z zamieszkaniem u rodziny?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jakie wynagrodzenie Panią/Pana satysfakcjonuje? <input type="checkbox"/> stała pensja miesięczna (min. wynagrodzenie zł) <input type="checkbox"/> pensja godzinowa (min. stawka za godz. zł) <input type="checkbox"/> obojętnie UWAGI:.....		
Czy byłaby Pani/Pan zainteresowana pracą jako opiekun za granicą?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
INNE		
Jak dowiedziała się Pani/Pan o naszej agencji?: Od znajomej-nazwisko: Z prasy/nazwa gazety: Z plakatu-gdzie: Z ulotki: Z Internetu-jaki portal:		
Czy ubiega się Pani/Pan o posadę opiekuna za pośrednictwem innej agencji? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
OŚWIADCZENIE		
Znam warunki pracy jako OPIEKUN/GOSPOSIA i spełniam wszystkie wymagane formalności. Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje oraz dołączone dokumenty są prawdziwe.		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie osobowej, na potrzeby firmy Koncepcja, niezbędne do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. Dz. U. Nr 133, Poz. 883).		
..... Miejsce, data	 podpis kandydata
Komentarz agencji:		