

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI REFERENCIA IGAZOLÁS

A Jelentkező neve:

A megpályázott pozíció:

Kedves Kitöltő! Köszönjük, hogy a nyomtatvány kitöltésével hozzájárul az önkéntes-kiválasztási folyamathoz. A kitöltést kérő jelentkező a Bátor Tábor nyári vagy évközi programjában szeretne önkéntesként részt venni. Tevékenységünk során krónikusan beteg gyermekek és családjaik számára biztosítunk élményterápiás programokat. Önkénteseink közvetlenül a gyermekekkel és családjaikkal dolgoznak együtt, részt vesznek a programok szervezésében és kivitelezésében, valamint a táborozók mindennapi szükségleteinek ellátásában. Kérjük, a jelentkező munkavégzésére, teljesítményére vonatkozó kérdésekre adott őszinte válaszaival segítse munkánkat. Fontos: a referenciaszemélyek nem lehetnek közeli barátok vagy családtagok.

A referenciaszemély adatai:

Név:

Pozíció:

Képviselt szervezet neve és címe:

E-mail cím:

Telefonszám:

Kapcsolat a Jelentkezővel:
(pl. tanár, közvetlen felettes, stb.)

Mióta ismeri a Jelentkezőt?
(Kérjük, adjon meg dátumot)

Készségek értékelése:

Kérjük, a következő skálán jelölje, a közös munkavégzésük során tapasztaltak alapján milyenek értékelné a Jelentkező teljesítményét a felsorolt készségek mentén!

	Átlag alatti	Átlagos	Átlag feletti	Erősség	Nem tudom
Kezdeményezőkézség					
Együttműködés					
Alkalmazkodókészség					
Motiváció/lelkedés					
Csapatmunka					
Gyermekekkel való interakció					
Kommunikáció					
Megbízhatóság					
Példamutatás					
Kreativitás					

Ön szerint mi a jelentkező legnagyobb erőssége, amellyel hozzájárulhat a tábori munkához?

Ön szerint mely az a terület, ahol a jelentkezőnek fejlődésre van szüksége?

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

A táborban végzett munka nagy igénybevétellel, hosszú munkaórákkal, magas érzelmi és fizikai terheléssel járhat. Ezt tekintetbe véve alkalmasnak látja-e a Jelentkezőt erre a feladatra? Igen Nem

Véleménye szerint van bármilyen tényező vagy körülmény, amely a jelentkező pályázott feladatkörben történő foglalkoztatása ellen szól? Igen Nem Amennyiben tud ilyenről, kérjük, fejtse ki röviden.

	Önállóan	Együtt működő	Nem		Önállóan	Együtt működő	Nem
Centrális kanül				BLS	N/A		
Infúziós terápia				CH számolás			
Vénabiztosítás				Pumpabeállítás			
Gyógyszerelés per os				Egyéb:			
Gyógyszerelés iv							

Kérjük, jellemezze röviden a jelölt egészségügyi szakmai készségeit és tevékenységét:

Név (nyomtatva):

Aláírás: _____

Dátum: