

DOTAZNÍK PRO ZÁJEMCE O SLUŽBU PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:



DATUM NAROZENÍ:



ADRESA:



TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

.....

PŘECHODNÉ BYDLIŠTĚ:

.....

TEL. KONTAKT:



MÁM OPATROVNÍKA?

ANO

NE



KONTAKTNÍ OSOBA (JMÉNO, ADRESA, TELEFON, E-MAIL):

.....

.....

.....

PROČ CHCI VSTOUPIT DO SLUŽBY?



.....

.....

.....

CO OD SLUŽBY OČEKÁVÁM, POTŘEBUJI?

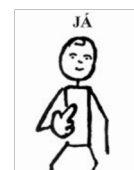
.....

.....

.....

KDY BYSTE RÁD/A NASTUPIL/A?

- IHNEDE
- DO 3 MĚSÍCŮ
- JINÝ TERMÍN



MÁ OSOBNÍ CHARAKTERISTIKA, MÉ VLASTNOSTI „JAKÝ/Á JSEM“

.....

.....

.....

JAK TO MÁM SE SOBĚSTAČNOSTÍ. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?

.....

.....

.....

MÁM TYTO ZÁJMY A ZÁLIBY:



.....

.....

.....

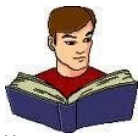


JAKÝ TYP VZDĚLÁNÍ MÁM? (ŠKOLNÍ DOCHÁZKA, PRACOVNÍ ZAŠKOLENÍ ATD.)



.....

.....

ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ

	VŮBEC NEZVLÁDÁM	OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM	DOBŘE ZVLÁDÁM
 ČTENÍ			
 PSANÍ			
 POČÍTÁNÍ			

MÉ PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI (CHRÁNĚNÁ PRÁCE, DÍLNY, ZAMĚSTNÁNÍ).



.....

.....

KTERÉ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.

.....

.....

.....

KTERÉ ČINNOSTI MI DOBŘE JDOU.

.....

.....

.....

KTERÉ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.

.....

.....

.....

PŘEJI SI, ABYSTE O MNĚ VĚDĚLI JEŠTĚ TYTO ÚDAJE, KTERÉ JSOU PRO MĚ DŮLEŽITÉ.



BERU LÉKY:

ANO

NE

POKUD ANO, CO U MĚ OVLIVŇUJÍ:

.....

.....

.....

MÁM STRACH:

.....

.....

.....

NEMÁM RÁD/A:

.....

.....

.....

DEJTE POZOR NA:



.....

.....

.....

MÁM PRŮKAZ ZTP?

- ZTP
- ZTP/P
- ŽÁDAL/A JSEM O NĚJ
- CHTĚL/A BYCH SI HO VYŘÍDIT
- NEVLASTNÍM PRŮKAZ



MÁM ZDRAVOTNÍ PRŮKAZ?

ANO

NE

II. PRACOVNÍK JE POVINEN:

1. Uložit průkaz u vedoucího provozovny (pracoviště) a ve stanovených případech jej mít při sobě.
2. Zachovávat všechny zdravotnické pokyny o hygieně, osobní čistotě a o správném zacházení s potravinami.
3. Bezodkladně hlásit vedení závodu nakažlivé nebo horečnaté, průjemové a kožní hnisavé onemocnění své nebo člena své domácnosti a v těchto případech neprodleně navštívit svého ošetřujícího lékaře, upozornit ho na skutečnost, že jste držitelem zdravotního průkazu a podrobit se příslušným vyšetřením a pokynům lékaře.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem se seznámil s výše uvedenými povinnostmi a budu je dodržovat.



.....
Podpis pracovníka

ZDRAVOTNÍ PRŮKAZ PRACOVNÍKA V POTRAVINÁŘSTVÍ

Jméno a příjmení

narozen dne v

Rodné číslo

Číslo obč. průkazu

Adresa bydliště

Druh práce

Zaměstnavatel

Tento průkaz platí na dobu:*)

a) od do

b) od na dobu neurčitou

*) Pozn.: Nehodící se škrtněte; na dobu určitou (sub a) se vydá zdravotní průkaz těm, kteří pracují v potravinářství jen sezónně nebo brigádě, nikoliv trvale.

SEVT 14 806 0

I/12

168/2012

SVÝM PODPISEM STRVZUJI, ŽE VŠECHNY VÝŠE UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.

V DNE PODPIS:

ÚDAJE UVEDENÉ V TOMTO DOTAZNÍKU POVAŽUJE ORGANIZACE PORUS PRAHA Z.Ú. ZA DŮVĚRNÉ.

DOTAZNÍK MŮŽETE DORUČIT:

- ✓ **OSOBNĚ NEBO ČESKOU POŠTOU** (PORTUS PRAHA Z.Ú., URUGUAYSKÁ 178/5, 120 00, PRAHA 2, VINOHRADY- KANCELÁŘ);
- ✓ **E-MAILEM SOCIÁLNÍ PRACOVNICI** (siskova@portus.cz)