

# DOTAZNÍK PRO ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU V SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNĚ SLAPY

**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 DO SLUŽBY CHODIT? CO SE CHCI V DÍLNĚ NAUČIT?**



.....

.....

.....

## V JAKÉ DNY CHCI DO DÍLNY DOCHÁZET



.....

## KDY BYSTE RÁD/A NASTUPL/A?

- IHNED
- DO 3 MĚSÍCŮ
- JINÝ TERMÍN .....

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



.....  
.....  
.....

## MÁM TYTO ZÁJMY A ZÁLIBY:



.....  
.....  
.....

## JAK TO MÁM SE SEBEOBSLUHOU. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?




.....  
.....  
.....

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

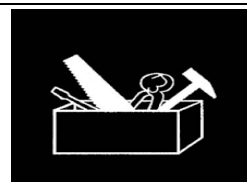


.....  
.....

## ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ

	VŮBEC NEZVLÁDÁM	OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM	DOBŘE ZVLÁDÁM
 <b>ČTENÍ</b>			
 <b>PSANÍ</b>			
 <b>POČÍTÁNÍ</b>			

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



.....

.....

**KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.**

.....

.....

.....

**KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI MI DOBŘE JDOU.**

.....

.....

.....

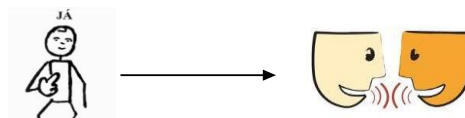
**KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.**

.....

.....

.....

**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:**

.....

.....

.....

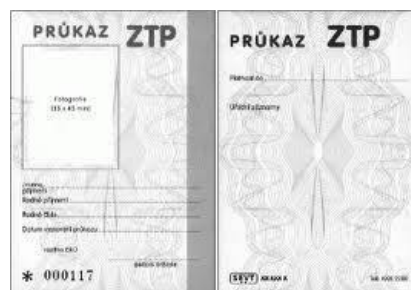


## DEJTE POZOR NA:

.....  
.....  
.....

## 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, průjmové 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 obc. 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 brigádně, nikoliv trvale.

SEVT 14 806 0

I/12

166/2012

**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** (PORTUS PRAHA Z.Ú., URUGUAYSKÁ 178/5, 120 00, PRAHA 2, VINOHRADY- KANCELÁŘ);
- ✓ **PŘÍMO NA ADRESU SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY PORTUS PRAHA, Z Ú., SLAPY 74, 252 08 SLAPY**
- ✓ **E-MAILEM** ([dilna@portus.cz](mailto:dilna@portus.cz))
- ✓ **ČESKOU POŠTOU** NA JEDNU Z VÝŠE ZMÍNĚNÝCH ADRES.