

**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



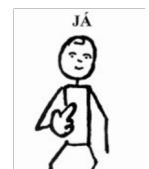
KONTAKTNÍ OSOBA (JMÉNO, ADRESA, TELEFON, E-MAIL):

.....

.....

.....

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:

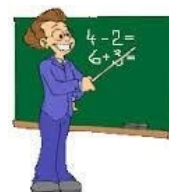


.....
.....
.....

JAK TO MÁM SE SEBEOBSLUHOU. V ČEM POTŘEBUJI ASISTENCI?

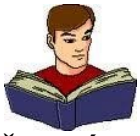


.....
.....
.....

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



.....
.....

ROZSAH ZÁKLADNÍCH ŠKOLNÍCH VĚDOMOSTÍ

	VŮBEC NEZVLÁDÁM	OBTÍŽNĚ ZVLÁDÁM	DOBŘE ZVLÁDÁM
 ČTENÍ			
 PSANÍ			
 POČÍTÁNÍ			

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



.....

.....

KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NEJRADĚJI.

.....

.....

.....

KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI MI DOBŘE JDOU.

.....

.....

.....

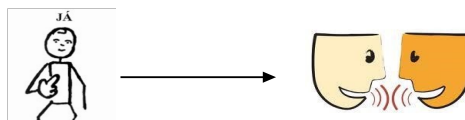
KTERÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI DĚLÁM NERAD/A.

.....

.....

.....

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 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 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

1/12

166/2012

SVÝM PODPÍSEM 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)
- ✓ **ČESKOU POŠTOU** NA JEDNU Z VÝŠE ZMÍNĚNÝCH ADRES.