ASSOCIAZIONE

La Mole del Sorriso ODV

Corso di **FORMAZIONE** per aspiranti **Volontari Claun**

Cognome:_____

Nome:_____

Data di nascita:_____ **Luogo:**_____**Prov:**_____

Indirizzo:_____**N°:**_____

Città_____**Prov:**_____ **C.A.P.:**_____

Nazionalità:_____

Titolo di studio:_____

Professione:_____

Stato civ: Nub. ☐ Cel. ☐ Coniugata/o ☐ Divorziata/o ☐ Separata/o ☐ Convivente ☐ Vedovo/a ☐

Figli n°_____

Telefono:_____ **Cellulare:**_____

E-mail:_____

Hai mai prestato servizio di volontariato? SI ☐ NO ☐

Se sì, dove e quanto tempo dedicavi all'associazione della quale facevi parte?

_____

_____

_____

Che ruolo avevi all'interno dell'associazione?

_____

_____

_____

Avevate delle serate dedicate alla formazione rivolta al tipo di volontariato svolto?

_____

_____

_____

Attualmente fai parte di un'Associazione di Volontariato? SI ☐ NO ☐

Se sì, quale e perché?

_____

_____

_____

Come sei venuto a conoscenza di questo tipo di volontariato e della nostra associazione?

Secondo te cosa vuol dire essere un volontario claun in ospedale e quali sono i suoi obiettivi?

Che cosa potrà significare per te diventare claun volontario in ospedale?

Hai doti artistiche e/o creative? SI ☐ NO ☐
Se sì, quali?

Sai suonare uno strumento? SI ☐ NO ☐
Se sì, quale?

Ti ritieni una persona brillante, fantasiosa e in grado di intrattenere il "pubblico"?

Il volontario claun de "La Mole del Sorriso", incontra e si scontra in ospedale, abitualmente, con malati anche terminali, come ti senti pensando che potresti andare a operare in un ambiente così "ricco" di sofferenza?

Come pensi di affrontare questo stato d'animo e perché?

Hai avuto esperienze personali, parenti o amici, rispetto alla malattia grave?

Pensi possano "interferire" con il tipo di servizio che un claun svolge in ospedale?

_____

_____

_____

L'impegno richiesto ad un volontario claun è notevole, è necessario prepararsi adeguatamente all'incontro con i pazienti, ma è altresì indispensabile mettersi in discussione, riflettere su se stessi, scoprendo spesso aspetti fragili e deboli.

Ti senti pronto a tutto ciò e perché intendi affrontarlo?

_____

_____

_____

_____

COSA TI CHIEDIAMO.

Alcune ore in due giorni al mese (sabato o domenica) per portare il sorriso nelle nostre strutture a rotazione, (ospedali, case di riposo, comunità) dove operiamo con il VOLONTARIATO CLAUN, e disponibilità a seguire la FORMAZIONE il martedì sera quando prevista.

HAI PROBLEMI PER GLI ORARI DEL CORSO? SI ☐ NO ☐

Venerdì dalle ore 18,00 alle ore 23,00 – Sabato e domenica dalle ore 9,00 alle ore 18,30

☐ **Due volte al mese**

☐ **Una volta al mese**

☐ **Non posso garantire una regolarità**

Torino

Il sottoscritto, ai sensi della legge n. 675/96, autorizza ed esprime consenso al trattamento dei dati su riportati ai fini e per gli scopi associativi, quali a titoli di esempio: banca dati dei soci per comunicazioni; diffusione d'informazioni; convocazioni per riunioni e manifestazioni associative; trasmissioni ad enti, federazioni ed organismi, sia locali, sia nazionali, aventi analoghe finalità e alle quali l'associazione aderisca o dovesse aderire. Preso atto che l'Associazione ha provveduto all'informativa prevista dall'art. 10 della Legge n. 675/96, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali nei termini sopra indicati, riservandosi di esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 13 della legge citata.

Firma

SI ☐ NO ☐

Firma

Data