

ZGŁOSZENIE NA WOŁONTARIAT W MIEJSKIEJ BIBLIOTECE PUBLICZNEJ W GLIWICACH

Formularz należy wypełnić drukowanymi literami

IMIĘ	
NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
PESEL	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ulica, nr domu kod, miejscowość	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
TERMIN REALIZACJI WOŁONTARIATU szacunkowy termin (w miesiącach) <i>np. wrzesień-grudzień 2026 r.</i>	
PREFEROWANA LICZBA GODZIN <i>*max 50h</i>	
PREFEROWANE MIEJSCE REALIZACJI WOŁONTARIATU <i>*wskazać filię</i>	
KONTAKT DO OPIEKUNA PRAWNEGO <i>*podać w przypadku osoby niepełnoletniej</i> imię i nazwisko numer telefonu e-mail	