



QUESTIONARIO

per candidati alla formazione di clown dottori

Il questionario dovrà essere compilato dal candidato in ogni parte, grazie!

Nome e cognome : _____

Età: _____ **Sesso:** M F

Scolarità: Elementare Media inferiore Media Superiore Laurea

Se hai una laurea: Quale _____

Codice Fiscale: _____

Professione _____

Indirizzo : _____

Cell. : _____

e-mail : _____

Hai già svolto attività di volontariato?: no si

Se sì specificare _____

Ha già lavorato in gruppo ? no sì

Se sì in che contesto? _____

Privacy – In conformità alla normativa di tutela dei dati personali D.lgs. 196/03 Associazione Papà Renzo Onlus garantisce che i dati forniti attraverso il presente documento verrà utilizzate per le attività di selezione e per quelle istituzionali. Le richieste di eventuali variazioni, integrazioni, cancellazioni dovranno essere scritte e indirizzate al titolare del trattamento: Associazione Papà Renzo Onlus Sede legale: Via S. Gallo 164 30126 Lido di Venezia (VE)

Luogo e data _____

Firma _____

Concezione dell'attività di clown dottore

Come immagini questa attività?

Hai qualche competenza specifica (ad es. musica, canto, giocoleria, ecc.)?

Provi dei timori a lavorare in un contesto ospedaliero, con dei bambini ammalati ?

// no // sì → Se sì, quali ?

Quali sono le ragioni che ti spingono a unirti al progetto clown-dottori venezia

Come sei venuto a conoscenza del corso :

Amici Sito web Locandine Giornale Facebook Altro: