



Demande de travail bénévole

Merci de votre intérêt à travailler bénévolement auprès de Cancer de l'ovaire Canada.

Coordonnées

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone à la maison _____ Numéro de cellulaire _____

Numéro de téléphone au travail _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de naissance (MM/JJ) _____

En quelle langue désirez-vous communiquer avec Cancer de l'ovaire Canada?

Anglais Français Autre (veuillez préciser)

Pourquoi désirez-vous devenir bénévole? (facultatif)

Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Je suis intéressé(e) par le cancer de l'ovaire
 Je désire acquérir de l'expérience comme bénévole
 Une parente ou une amie a été atteinte du cancer de l'ovaire
 Je suis une survivante du cancer de l'ovaire
 Autre (veuillez préciser) _____

Compétences à mettre en pratique (facultatif)

Veuillez préciser quelles compétences vous désirez mettre en pratique à titre de bénévole chez nous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comptabilité/teneur de livre | <input type="checkbox"/> Relations avec les médias |
| <input type="checkbox"/> Formation des adultes | <input type="checkbox"/> Gouvernance |
| <input type="checkbox"/> Administration | <input type="checkbox"/> Techniques de présentation |
| <input type="checkbox"/> Communications/marketing | <input type="checkbox"/> Développement/coordination des bénévoles |
| <input type="checkbox"/> Planification d'activités/participation à des comités | <input type="checkbox"/> Événements spéciaux |
| <input type="checkbox"/> Collecte de fonds | <input type="checkbox"/> Planification |
| <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé | <input type="checkbox"/> Développement Web/conception graphique |
| <input type="checkbox"/> Juridique | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | |

Connaissances informatiques

MS Word MS Excel PowerPoint Autre _____

Langues parlées

Anglais Français Autre _____

Langues écrites

Anglais Français Autre _____

Disponibilité

Veuillez préciser les jours et les heures auxquels vous êtes disponible.

Jours de semaine Soirs Fins de semaine Flexible

Avez-vous accès à une voiture pour vos activités de bénévolat?

Oui Non

Occasions de bénévolat

Veillez préciser quelles occasions vous intéressent.

Community Programs

- Programmes communautaires
- Comment relever le défi d'une maladie sournoise
- Table d'information/kiosque de sensibilisation
- Les survivantes, source d'apprentissage pour les étudiants
- Présentatrice du programme « Comment relever le défi d'une maladie sournoise »

Communications

- Bureau des conférenciers
- Spécialiste des communications

Collecte de fonds

- Collecte de fonds communautaire
- Activités vedettes (Célébrons, Ladies Golf Classic)
- Mini-Randonnée de l'espoir Winners
- Randonnée de l'espoir Winners

Administration

- Réception
- Entrée de données
- Travail de bureau

Expérience de travail et de bénévolat (facultatif)

Au travail Aux études À la retraite Autre _____

Occupation (facultatif) _____ Employeur (facultatif) _____

Avez-vous joint une copie de votre curriculum vitae? Oui Non

Si non, décrivez brièvement votre expérience de travail ou de bénévolat: _____

Références

Veillez fournir deux références qui ne font pas partie de votre famille.

Remarque : En fournissant les noms de ces personnes, j'accorde à Cancer de l'ovaire Canada la permission de communiquer avec elles et de discuter de ma demande de travail bénévole auprès de Cancer de l'ovaire Canada.

1. Nom _____ Affiliation _____ Telephone _____
Courriel _____

2. Nom _____ Affiliation _____ Telephone _____
Courriel _____

Personne à contacter en cas d'urgence (facultative)

Nom _____ Relation _____

Téléphone le jour _____ Téléphone le soir _____

Confidentialité

Je certifie par la présente que toute l'information figurant dans cette demande de travail bénévole est exacte et complète. Je comprends que Cancer de l'ovaire Canada (COC) pourra communiquer avec moi pour m'informer d'autres activités de COC. Si je ne désire plus recevoir de communications de la part de COC, je peux demander en tout temps que mon nom soit retiré des envois postaux à venir en communiquant avec le responsable de la protection des renseignements personnels au 1 877 413-7970.

Je comprends que Cancer de l'ovaire Canada est déterminé à protéger les renseignements personnels en sa possession. Cette information sera traitée en toute confidentialité et ne sera pas vendue, échangée ou prêtée à une autre organisation.

Signature _____ Date _____



Cancer de l'ovaire Canada Ovarian Cancer Canada

Entente De Confidentialité

À titre d'employé, de conseiller, de professionnel de la santé, de bénévole, de travailleur ou d'étudiant collaborant avec Cancer de l'ovaire Canada (COC), j'aurai accès à des renseignements et à des données de nature confidentielle concernant les donateurs, les personnes touchées par la maladie, les employés, d'autres individus et COC.

- En tout temps, je m'engage à respecter la confidentialité et la dignité des donateurs, des personnes touchées par la maladie, des employés et des autres individus.
- Je m'engage à considérer tous les dossiers de COC comme des documents confidentiels et à les protéger pour en assurer la confidentialité. Je m'engage à ne pas lire les dossiers, à ne pas en discuter et à ne pas divulguer de renseignements, sauf dans un but légitime en relation à mes obligations auprès de COC.
- Je m'engage à ne pas accéder de façon inappropriée aux renseignements confidentiels, à ne pas les utiliser ou les divulguer directement ou par l'entremise de ma signature ou de mon accès aux locaux ou aux systèmes.
- Je m'engage à accéder aux renseignements confidentiels, à les traiter et à les transmettre en utilisant le matériel, le logiciel et les autres équipements autorisés de COC uniquement pour les tâches exigées le cadre de mes fonctions. Je comprends que COC peut effectuer des vérifications occasionnelles pour assurer la conformité aux politiques et l'intégrité des renseignements conservés par COC.

Je comprends les conditions contenues dans la présente entente et je m'engage à les respecter. Je comprends également que toute violation de ces conditions peut entraîner des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au renvoi, à la perte de privilèges, à une poursuite en justice ou à d'autres mesures semblables.

Date : _____

Signature : _____ Nom : _____
(en caractères d'imprimerie)

Signature d'un témoin : _____ Nom : _____
(en caractères d'imprimerie)