



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

ใบสมัครอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. (นอกจังหวัด พอ.สว.)

จังหวัด.....

เรียน เลขาธิการมูลนิธิแพथ้อาสาสมัครจังหวัดพระศรีนครินทร์ราชชนนี

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.⁽¹⁾

บัตรประจำตัวข้าราชการ / ประชาชน / เลขที่ อายุ ปี อาชีพ

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ โทรศัพท์

ตำแหน่งหน้าที่ คุณวุฒิ

นามสามี / ภรรยา..... บุตร คน

ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

การประมวลผลข้อมูลตามใบสมัครฯ มูลนิธิจะดำเนินการประมวลผลข้อมูลของท่านเท่าที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน โดยจะเป็นไปตามนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของมูลนิธิ พอ.สว. และ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

งาน⁽²⁾ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

อื่นๆ ระบุ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่าย ขนาด 1 1/2 นิ้ว จำนวน 2 รูป มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ⁽¹⁾

(.....)

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.⁽³⁾

⁽⁴⁾ ตำแหน่ง.....

อาสาสมัคร พอ.สว. จังหวัด.....เลขที่.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพथ้อาสาสมัครจังหวัดพระศรีนครินทร์ราชชนนี และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ⁽³⁾

วันที่

คำอธิบาย

- (1) ชื่อผู้สมัคร
- (2) ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ของงาน
- (3) ชื่อผู้รับรอง
 - ผู้สมัครที่รับราชการในส่วนกลาง ผู้รับรอง คือ ผู้อำนวยการกอง
 - ผู้สมัครที่ไม่ได้รับราชการ ผู้รับรอง คือ อาสาสมัครปัจจุบัน หรือข้าราชการระดับ 5 ขึ้นไป
- (4) ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าตำแหน่งหรืออาสาสมัครแล้วแต่กรณี

คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะได้ออกโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง