Termo de Adesão ao Serviço Voluntário

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CEP: _____ - _____ RG: _____ CPF: _____

FONE RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

Área de atividade: _____

Função a ser desempenhada:_____

Horário: Das _____às_____ Dias da semana:_____

Local:_____

Início e término do serviço voluntário:_____

CONDIÇÕES GERAIS:

 O trabalho voluntário a ser desempenhado junto ao Hospital Universitário de Brasília – HUB, de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, é atividade não remunerada, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.

 Compete ao Voluntário participar das atividades e cumprir com empenho e interesse a função estabelecida.

 Será de inteira responsabilidade do voluntário qualquer dano ou prejuízo que vier a causar ao Hospital Universitário de Brasília – HUB.

 O voluntário isenta o Hospital Universitário de Brasília – HUB de qualquer responsabilidade referente a acidentes pessoais ou materiais, que por ventura, venham a ocorrer no desempenho de suas atividades.

 O desligamento do voluntário das atividades do Hospital Universitário de Brasília – HUB poderá ocorrer a qualquer momento, bastando apenas o desejo expresso de uma das partes, sendo necessária a assinatura do Termo de Desligamento.

 As despesas decorrentes de sua atividade voluntária serão ressarcidas desde que autorizadas antecipadamente pelo Hospital Universitário de Brasília - HUB.

O cumprimento do plano de atividades na sua totalidade terá ao final da sua execução uma declaração emitida pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HUB

O presente Termo de Adesão deverá ser renovado caso o voluntário continue na atividade em data posterior ao pré-estabelecido, caso seja de interesse de ambas as partes.

Declaro estar ciente da legislação específica e descritivo de função, e que aceito atuar como voluntário conforme este Termo de Adesão.

Brasília, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Voluntário Hospital Universitário de Brasília - HUB