

15. STATUS PEKERJAAN : BEKERJA PESARA PELAJAR LAIN-LAIN : _____

JAWATAN : _____ NAMA DAN ALAMAT : _____
 MAJIKAN / UNIVERSITI : _____

16. KEMAHIRAN : i) _____ ii) _____

17. KEBOLEHAN : i) _____ ii) _____

18. SEBAB MEMOHON SUKARELAWAN : _____

19. WAKTU PERKHIDMATAN : SESI PAGI 8AM - 1PM SESI PETANG 2PM - 6PM SEPENUH MASA

* LAIN- LAIN : _____

B. PENGALAMAN

BIL.	NAMA JAWATAN	NAMA MAJIKAN	TEMPOH PERKHIDMATAN

C. AHLI PERTUBUHAN / NGO / PERSATUAN (SEKARANG)

BIL.	NAMA PERTUBUHAN	JAWATAN	AKTIF / TIDAK AKTIF

D. MAKLUMAT KELUARGA

HUBUNGAN	NAMA	NO KAD PENGENALAN	UMUR	STATUS	PEKERJAAN

*WARIS YANG BOLEH DIHUBUNGI : _____ NO. TEL : _____

E. MAKLUMAT OKU

Adakah anda pemegang kad Orang Kelainan Upaya (OKU) ?

 Ya

 Tidak

* Jika ya, sila nyatakan :

JENIS KECACATAN	SEBAB KECACATAN	TARIKH KEJADIAN	SURAT DOKTOR (ADA/TIADA)

F. SEJARAH PERUBATAN

1. Adakah anda sedang menghidap / pernah menghidap / sedang dirawat / pernah dirawat untuk sebarang masalah kesihatan berikut?

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
• Kurang Pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Batuk Kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sakit Buah Pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Epilepsi / Sawan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asma / Lelah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Lain - lain *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Jika ya, sila nyatakan :

NAMA PENYAKIT	TAHUN	TARIKH MULA RAWATAN	SURAT DOKTOR (ADA / TIADA)

2. Adakah anda sedang mengambil sebarang ubat - ubatan?

 YA

 TIDAK

* Jika ya, sila nyatakan :

3. Adakah anda pernah terlibat dengan kemalangan enam (6) bulan kebelakangan ini?

 YA

 TIDAK

* Jika ya, sila nyatakan :

4. Dalam tempoh enam (6) bulan yang lalu, pernahkah anda menjalani sebarang rawatan pembedahan?

 YA

 TIDAK

* Jika ya, sila nyatakan :

G. PENGAKUAN PEMOHON

- Adakah anda pernah disabitkan dengan kesalahan jenayah? YA TIDAK
 * Jika ya, sila nyatakan : _____

- Adakah anda terlibat dengan pengambilan dadah? YA TIDAK
 * Jika ya, sila nyatakan : _____

Dengan nama Allah, adalah saya _____ dengan akal yang sihat dan waras mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan dalam dokumen ini adalah betul dan benar. Saya faham bahawa sebarang kenyataan yang palsu dan tidak benar, boleh menyebabkan permohonan saya ditolak dan ditamatkan serta-merta sebagai sukarelawan. Saya bersetuju akan mematuhi segala peraturan dan arahan yang telah dikeluarkan oleh pihak Badan Sukarelawan Al-Taqwa MAIM dari masa ke semasa.

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

H. URUSETIA (DILENGKAPKAN OLEH URUSETIA BSAT, MAIM)

Borang permohonan diterima pada

Pemohon ditemuduga pada

Ulasan

(Tandatangan KU BSAT)

Tarikh : _____

TANDATANGAN PENGESAHAN

***BERJAYA / SIMPANAN / GAGAL**

ULASAN :

.....
(TANDATANGAN PSU P.I)

TARIKH :

(* POTONG YANG TIDAK BERKENAAN)

