**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  ……………., …………….. r.

**w Pomiechówku** (miejscowość, data)

**ul. Słoneczna 51, 05-180 Pomiechówek**

**NIP: 5311464980 REGON: 016239770**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**DLA OSOBY UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZATRUDNIENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | |
| Imię (imiona) i nazwisko |  | |
| Data urodzenia |  | |
| **WYKSZTAŁCENIE** (rok ukończenia i nazwa szkoły) | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE - informacja jest podawana dobrowolnie** (rok ukończenia, kursy, studia podyplomowe) | | |
|  |  | |
|  |  | |
| **DANE KONTAKTOWE - informacja jest podawana dobrowolnie** | | |
| Adres do korespondencji |  | |
| Nr telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej |  | |
| **PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA**  (zajmowane stanowisko / nazwa pracodawcy / okres zatrudnienia) | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **DODATKOWE UPRAWNIENIA, UMIEJĘTNOŚCI - informacja jest podawana dobrowolnie** | | |
| Obsługa komputera |  | |
| Prawo jazdy |  | |
| Znajomość języków obcych |  | |
| Inne |  | |
| Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) w zw. z art. 221 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy | | |

…………….……….…………… ……………….…………….……….……………  
 /Miejscowość, data / /czytelny podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie/