**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE**

**W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. BŁ. O. RAFAŁA CHYLIŃSKIEGO W ZGIERZU**

**1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |

**2.**

|  |  |
| --- | --- |
| Data urodzenia |  |

**3.**

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo |  |

**4.**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce zamieszkania*(adres do korespondencji)* |  |

**5.\***

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon/e-mail |  |

**6.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie*(nazwa szkoły i rok jej ukończenia;* *zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)* |  |

**7.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie uzupełniające*(kursy, szkolenia, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)* |  |

*\*) wypełnienie dobrowolne*

**8.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przebieg dotychczasowego zatrudnienia*(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)* |  |

**9. \***

|  |  |
| --- | --- |
| Dodatkowe uprawnienia i umiejętności*(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera i urządzeń biurowych)* |  |

**10.**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-4 są zgodne z dowodem osobistym seria...............................nr.................................wydanym przez .......................................................................................................................................w dniu..........................................................lub innym dowodem tożsamości............................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji wykraczających poza wymóg ustawowy (wypełnienie dobrowolne\*).

*....................................................................... ..............................................................*

 *(miejscowość i data) ( podpis)*

*\*) wypełnienie dobrowolne*