

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię i nazwisko ..... Nazwisko rodowe.....
2. Imiona rodziców.....
3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. Numer ewidencyjny (PESEL).....
6. Numer telefonu .....
7. Miejsce zamieszkania.....  
.....  
**(dokładny adres)**
8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) .....  
.....
9. Wykształcenie / uprawnienia do wykonywania danego rodzaju terapii  
.....  
**(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)**  
.....  
**(zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy)**
10. Wykształcenie uzupełniające.....  
.....  
.....  
**(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)**

11. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia:

Od	Do	Nazwa Zakładu Pracy	Stanowisko

(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

1. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania

.....  
.....  
.....

*(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)*

11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3, i 5 są zgodne z dowodem osobistym  
seria .....nr..... albo innym dowodem tożsamości.....

.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby składającej kwestionariusz)