

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)