**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

Kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Dane kontaktowe  |  |
| **Wykształcenie :** |  |
|  |  |
| (nazwa szkoły i rok jej ukończenia, zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy) |  |
| **Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy, np. nr prawa wykonywania zawodu:** |  |
| **Kwalifikacje zawodowe ( gdy są one niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)** |
|  |
| (kursy, studia podyplomowe lub inne formy uzupełniania wiedzy lub umiejętności) |
| **Przebieg dotychczasowego zatrudnienia ( gdy jest ono niezbędne do wykonania pracy określonego rodzaju lub określonym stanowisku)** |
| Data od - do | Nazwa zakładu pracy | Stanowisko |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| ................................................ ............................................... Data, miejscowość podpis |