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