**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 | | | | | | |