

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
 serianr..... albo innym dowodem tożsamości.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)