



**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci
w Jastrzębiu-Zdroju, ul. Kościuszki 14**

Tel. centrala: (0-32) 47-614-51

Tel./fax.(0-32) 47-517-27

e-mail: szpitalwsr@wsr.cal.pl

www.wsr.cal.pl

NIP 633-20-02-096

REGON 000297767



Załącznik nr 5

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE W WOJEWÓDZKIM SZPITALU REHABILITACYJNYM DLA DZIECI W JASTRZĘBIU-ZDROJU NA STANOWISKO.....

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona rodziców
3. Data urodzenia
4. Obywatelstwo
5. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji).....

6. wykształcenie:.....
.....
(nazwa i rok ukończenia szkoły)
.....

(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

7. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia
-
.....
(wskazać zatrudnienie u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

8. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania

.....
.....
(Np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)

9. Telefon kontaktowy:.....(informacja nie jest obowiązkowa).

Na podstawie art. 6 ust. 1 RODO, oświadczam iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora , którym jest Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju., moich danych osobowych w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji na powyższe stanowisko pracy. Powyższe zgoda została wyrażona dobrowolnie.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienia)