

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA DO PRACY

Nr ogłoszenia _____

Nazwa stanowiska _____

1) DANE OSOBOWE KANDYDATA

NAZWISKO I IMIĘ KANDYDATA _____

DATA URODZENIA _____

OBYWATELSTWO _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

Ulica, nr domu/mieszkania _____

Miejscowość _____

Kod pocztowy _____

Województwo _____

Powiat _____

Gmina _____

NUMER TELEFONU DO KONTAKTU _____

ADRES E-MAIL _____

2) WYKSZTAŁCENIE (możliwość wprowadzenia dwóch wpisów o podstawowym znaczeniu)

a)

UCZELNIA/SZKOŁA _____

ROK UKOŃCZENIA _____

MIEJSCOWOŚĆ _____

RODZAJ WYKSZTAŁCENIA _____

POZIOM WYKSZTAŁCENIA _____

TYTUŁ NAUKOWY _____

KIERUNEK KSZTAŁCENIA _____

SPECJALNOŚĆ _____

ZAWÓD WYUCZONY _____

b)

UCZELNIA/SZKOŁA _____

ROK UKOŃCZENIA _____

MIEJSCOWOŚĆ _____

RODZAJ WYKSZTAŁCENIA _____

POZIOM WYKSZTAŁCENIA _____

TYTUŁ NAUKOWY _____

KIERUNEK KSZTAŁCENIA _____

SPECJALNOŚĆ _____

ZAWÓD WYUCZONY _____

3) KWALIFIKACJE/UPRAWNIENIA (zgodne z treścią ogłoszenia o rekrutacji)

MINIMALNE WYMAGANIA KWALIFIKACYJNE posiadam nie posiadam

DODATKOWE WYMAGANIA KWALIFIKACYJNE posiadam nie posiadam

4) ODBYTE SZKOLENIA/ KURSY

5) PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ

a) STAŻ PRACY OGÓŁEM _____

w tym:

- w podmiotach prowadzących działalność medyczną _____
- na tożsamym lub pokrewnym stanowisku _____

b) MIEJSCA I DATY DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA

6) INFORMACJE DOTYCZĄCE ZNAJOMOŚCI JĘZYKÓW OBCYCH (przedstawić w przypadku określenia wymogów znajomości języka obcego na stanowisku pracy)

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w mojej ofercie pracy, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji „MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA” S.A. (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych tekst jednolity Dz. U. 2015r., poz. 2135)

Data

Podpis kandydata