Załącznik Nr 3 do uchwały Nr 1013/204/18  
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego  
z dnia 14 listopada 2018 r.

**Kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie**

1. Imię (imiona) i nazwisko

…………………………………………………………………………………………………………………..

2. Imiona rodziców ……………………………………………………………………………………………………………………

3. Data urodzenia

……………………………………………………………………………………………………….…………..

4.Obywatelstwo …………………………………………………………………………………………………………..………

5.Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji), dane kontaktowe: ………......................................................................................................……………..………......................…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

6. Wykształcenie: …….……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

7. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego na stanowisko Kierownika Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pszczynie, ogłoszonego przez Zarząd Powiat Pszczyńskiego w dniu 14 listopada 2018 roku.

.............................................................

(miejscowość i data) .............................................................

(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)