



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W WAŁBRZYCHU
UL. BEETHOVENA 1 – 2, 58 – 300 WAŁBRZYCH
TEL. 074/ 6640800, FAX 74/ 6640888
www.mops.walbrzych.pl
sekretariat@mops.walbrzych.pl

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

Obywatelstwo

Stan cywilny

Miejsce zamieszkania

Adres do korespondencji

Telefon domowy

Telefon kontaktowy

Numer PESEL

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

Stanowisko, o które kandydat się ubiega

WYKSZTAŁCENIE

OKRES		NAZWA SZKOŁY
od	do	

ODBYTE SZKOLENIA

Informacja o wszelkich szkoleniach specjalistycznych oraz ukończonych kursach

INNE UMIEJĘTNOŚCI

Inne kwalifikacje i umiejętności (znajomość języków obcych, obsługi komputera itp.)

HISTORIA ZATRUDNIENIA

Okres		Nazwa zakładu pracy	Miejscowość	Stanowisko
od	do			

POWSZECHNY OBOWIĄZEK OBRONNY:

- a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony.....
.....
- b) stopień.....
- c) przynależność ewidencyjna do WKU.....
.....
- d) numer książeczki wojskowej.....
- e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP.....
.....

Osoba którą należy powiadomić w razie wypadku

.....

.....

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne z prawdą.

..

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)