

ANKIETA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRACĘ

Prawdziwość podanych przeze mnie informacji potwierdzam swoim podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych – Dz. Ust. Nr 133 poz. 833 z dn. 29.08.97) przez Zleceniobiorcę Oświadczam, że w trakcie trwania zatrudnienia wszelkie zmiany mające wpływ na zatrudnienie wynikające z niniejszej ankiety przedłożę w ciągu 3 dni w siedzibie Zleceniobiorcy

I. DANE OSOBOWE

NAZWISKO:	IMIĘ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA URODZENIA (ROK – MIESIĄC – DZIEŃ):	MIEJSCE URODZENIA:
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
NR PESEL:	NR NIP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NR DOWODU OSOBISTEGO:	PŁEĆ:
<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
IMIĘ OJCA:	IMIĘ MATKI
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON STACJONARNY:	TELEFON KOMÓRKOWY:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PANA/PANI URZĄD SKARBOWY (MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR BUDYNKU, NR URZĘDU):	
<input type="text"/>	

II. ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. ADRES KORESPONDENCYJNY - WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES POWYŻEJ

MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. NAZWA I NUMER KONTA BANKOWEGO

NAZWA BANKU:	NUMER KONTA BANKOWEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. ADRES E-MAIL

<input type="text"/>

VI. OBECNA SYTUACJA ZAWODOWA

JESTEM UCZNIEM/STUDENTEM	NAZWA SZKOŁY	<input type="text"/>
JESTEM BEZROBOTNY		
JESTEM EMERYTEM/RENCISTĄ	NR EMERYTURY / RENTY	<input type="text"/>
PRACUJĘ	NAZWA FIRMY	<input type="text"/>

VII. NIEKARALNOŚĆ

OŚWIADCZAM, ŻE NIE BYŁEM/ŁAM KARANY/NA SĄDOWNIE ORAZ ŻE AKTUALNE ZAPYTANIE
O NIEKARALNOŚĆ DOSTARCZĘ W CIĄGU 14 DNI

TAK NIE

VIII. DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIEŃ ORAZ ROZMIARÓW UBRANIA

PRZESZKOLENIE JAKO SŁUŻBA INFORMACYJNA	O NUMERZE	
PRZESZKOLENIE JAKO SŁUŻBA PORZĄDKOWA	O NUMERZE	
ZAŚWIADCZENIE O WPISIE NA LISTĘ KWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKA OCHRONY FIZYCZNEJ	POF O NR	
NR LEG.OSOBY DOPUSZCZONEJ DO POS.BRONI	O NUMERZE	

PROSZĘ WYMIENIĆ FIRMY I PEŁNIONE FUNKCJE W OCHRONIE LUB SŁUŻBACH PORZĄDKOWYCH:

1.	
2.	
3.	

PANA/PANI DYSPOZYCYJNOŚĆ – PROSZĘ PODAĆ DNI I PRZEDZIAŁ CZASOWY DYSPOZYCYJNOŚCI

--

PREFEROWANY PRZEZ PANA/PANIĄ ROZMIAR UBRANI

XXL	XL	L	M	S
-----	----	---	---	---

PANA/PANI WYMIARY CIAŁA

WZROST	NR OBUWIA	OBWÓD PASA	KLATKA PIERSIOWA	KOŁNIERZ
--------	-----------	------------	------------------	----------

IX. OSOBA DO POWIADOMIENIA W RAZIE ZDARZENIA

NAZWISKO:	IMIĘ:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON STACJONARNY:	TELEFON KOMÓRKOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

X. POZOSTAŁE INFORMACJE

CAŁKOWITY ZAKAZ PALENIA TYTONIU PODCZAS PRACY JEST PRZEZ PANA/PANIĄ DO PRZYJĘCIA

TAK NIE

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH.

PROSZĘ OKREŚLIĆ NAZWĘ JĘZYKA I STOPIEŃ JEGO OPANOWANIA W SKALI OD 0 DO 3 GDZIE
0 – NIEZNAJOMOŚĆ, 1 – SŁABA ZNAJOMOŚĆ, 2 – DOBRA ZNAJOMOŚĆ, 3 – B. DOBRA ZNAJOMOŚĆ

JĘZYK:	W STOPNIU	MOWA:	PISMO:	CZYTANIE:
JĘZYK:	W STOPNIU	MOWA:	PISMO:	CZYTANIE:
JĘZYK:	W STOPNIU	MOWA:	PISMO:	CZYTANIE:

OŚWIADCZAM, ŻE POSIADAM SAMOCHÓD

TAK NIE JEŻELI TAK JAKA MARKA I MODEL:

KIEDY MOŻE PAN/PANI ROZPOCZĄĆ PRACĘ

NATYCHMIAST	W PÓŹNIEJSZYM TERMINIE	KIEDY:
-------------	------------------------	--------

DATA I PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRACĘ:

<input type="text"/>
