KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko:

1. nazwisko rodowe:

|  |  |
| --- | --- |
| b) imiona rodziców:  c) nazwisko rodowe matki | 2. Data i miejsce urodzenia: |
| 3. Obywatelstwo: |
| 4. Numer ewidencyjny PESEL: | 5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP): |
| 6. Miejsce zameldowania (dokładny adres): | 7. Adres do korespondencji (wraz z telefonem): |
| 8. telefon komórkowy |
| 9. e-mail: | |
| 10. Wykształcenie:   1. nazwa szkoły i rok jej ukończenia 2. zawód specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy | |
| 11. Wykształcenie uzupełniające:  (kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania) | |
| 12. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania (np. obsługa komputerów): | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. Przebieg pracy zawodowej | | | |
| O k r e s | | Nazwa i dokładny adres miejsca pracy | Stanowisko |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Biegła znajomość w mowie i piśmie języków obcych (zaznacz właściwe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | angielski | □ | rosyjski |
| □ | francuski | □ | hiszpański |
| □ | niemiecki | □ | inne (jakie?) |

1. Posiadam wpis na listę adwokatów / prawników zagranicznych w następujących państwach:
2. Posiadam wpis na listę innych korporacji (proszę podać numer wpisu) zawodowych:
3. Posiadane odznaczenia i wyróżnienia (jakie i kiedy nadane):
4. Stan rodzinny:

(imiona i nazwiska, daty urodzenia współmałżonka i dzieci oraz zawód współmałżonka i dzieci)

1. Powszechny obowiązek obrony:

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony

1. stopień wojskowy
2. przynależność ewidencyjna do WKU
3. numer książeczki wojskowej
4. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:

(imię i nazwisko, adres, telefon)

1. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4 i 6 są zgodne z dowodem osobistym seria … nr

wydanym przez w ………………………………….

w dniu albo innym dowodem tożsamości.

(miejscowość, data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)