

**Specjalizacja w zakresie organizacji pomocy społecznej**

|  |  |
| --- | --- |
| miejsce na fotografię | 1. Imię (imiona) i nazwisko ...................................................................................................... a) nazwisko rodowe............................................................................................................ b) imiona rodziców........................................................ .....................................................2. Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………….  |
| 3. Numer ewidencyjny (PESEL) | 4. Seria i nr dowodu osobistego:wydany przez: |
| 5. Miejsce zameldowania................................................................................................................................................... (dokładny adres)........................................................................................................................................................................................... (adres do korespondencji) (**e-mail)**  **(telefon)** |
| 6. Wykształcenie .............................................................................................................................................................. - nazwa szkoły i rok ukończenia .......................*.............................................................................................................* |
| 7. Wykształcenie uzupełniające, podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania |
| 8. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (i okresy pobierania zasiłku dla bezrobotnych) |
| okres | Nazwa i adres pracodawcy | Stanowisko |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym....................................................................... ................................................................................. (miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz) |