

**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) | | | | | |