

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA KANDYDATA DO PRACY NA STANOWISKO: REFERENT

Administrator danych - Administratorem, czyli podmiotem decydującym przetwarzaniu danych osobowych jest Pomorska Medyczna Szkoła Policealna w Starogardzie Gdańskim, ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański, tel. 58 562-36-16; tel. komórkowy: 504 023 638; e-mail: szkola@medyk-stg.pl

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie <https://medyk-stg.pl/klauzule-informacyjne,74,pl>

1.	Imię (imiona)		
2.	Nazwisko		
3.	Data urodzenia		
4.	Dane kontaktowe (np. numer telefonu, adres e-mail, adres do korespondencji, adres zamieszkania, skrzynka e-doreczenia)		
5.	Wykształcenie oraz tytuł zawodowy-naukowy (podstawowe/zawodowe/ średnie/ wyższe – licencjat/magister)		
6.	Kwalifikacje zawodowe (podaje się, jeżeli jest to niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)		
	Nazwa kursu/studiów podyplomowych	Data rozpoczęcia	Data ukończenia
7.	Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (podaje się, jeżeli jest to niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)		
	Okres	Nazwa i adres pracodawcy	Stanowisko
	Od	Do	

8. OŚWIADCZAM

☐ Posiadam obywatelstwo polskie

☐ Posiadam obywatelstwo innego niż Polska państwa Unii Europejskiej lub innego państwa, którego obywatelom, na podstawie umów międzynarodowych lub przepisów prawa wspólnotowego przysługuje prawo do podjęcia zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

☐ Oświadczam, że nie byłem/łem skazana/y prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe

☐ Oświadczam, że posiadam pełną zdolności do czynności prawnych

☐ Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych

☐ Oświadczam, że cieszę się nieposzlakowaną opinią

☐ Oświadczam, że nie byłem/łem jak również nie jestem prawomocnie skazana/y za przestępstwa, o których mowa w art. 54 ust. 2 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych*

☐ Oświadczam, że nie byłem/łem jak również nie jestem karana/y karą zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o której mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych*

***jeżeli w naborze jest wymagane i dotyczy kandydata, należy kwadrat przekreślić znakiem X**

Dobrowolne podanie przez mnie innych danych osobowych nie wynikających z przepisów prawa jest wyraźnym działaniem potwierdzającym moje przyzwolenie na przetwarzanie tych danych osobowych.

9. OŚWIADCZAM

☐ **wyrażam zgodę,** ☐ **nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z naborami organizowanymi w przyszłości, przez **Pomorską Medyczną Szkołę Policealną w Starogardzie Gdańskim, ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański.**

.....
data i podpis kandydata