

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA KANDYDATA DO PRACY NA STANOWISKO:

.....

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
	Od	Do	Stanowisko

8. OŚWIADCZENIE dla kandydata nie będącego nauczycielem zatrudnianym na podstawie art. 15 ust.6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe

Oświadczam, że nie toczy się wobec mnie postępowanie karne i dyscyplinarne.

9. OŚWIADCZENIE dla pozostałych kandydatów

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/tem 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/tem 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/tem 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.

10. 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