



Kwestionariusz osobowy

1. Imię (imiona): : Nazwisko:		
a) nazwisko rodowe:		
b) imiona rodziców:		
<i>(matka)</i>		<i>(ojciec)</i>
2. Data urodzenia:-.....-.....		
<i>(dzień-miesiąc-rok)</i>	<i>(miejsce urodzenia)</i>	<i>(województwo)</i>
3. Obywatelstwo: 4. Nr ewid. (PESEL) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
5. Adres zameldowania:		
<i>(ulica)</i>		<i>(nr domu, mieszkania)</i>
.....
<i>(kod pocztowy)</i>	<i>(miejsowość, gmina)</i>	<i>(telefon, e-mail)</i>
Adres do korespondencji:		
<i>(ulica)</i>		<i>(nr domu, mieszkania)</i>
.....
<i>(kod pocztowy)</i>	<i>(miejsowość, gmina)</i>	<i>(telefon, e-mail)</i>
6. Wykształcenie:		
<i>(nazwa uczelni)</i>		
.....
<i>(wydział)</i>	<i>(kierunek)</i>	<i>(specjalność)</i>
Tytuł zawodowy:		
<i>(licencjat, inżynier, magister)</i>		<i>(rok ukończenia studiów)</i>

7. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko
od	do		

8. Dane niezbędne do wystawienia faktury*:

Nazwa odbiorcy:.....

Adres:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Gdański Uniwersytet Medyczny do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Dnia, Podpis**

* wypełniają osoby delegowane na studia przez pracodawców lub ubiegające się o imienną fakturę

** w przypadku: imiennej faktury – podpis uczestnika; jeśli finansuje zakład pracy – pieczęć i podpis osoby reprezentującej zakład pracy

9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3 i 4 są zgodne z dowodem osobistym:

seria i numer: wydanym przez:

..... w

albo innym dowodem tożsamości

.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą: 80-210 Gdańsk, M. Skłodowskiej – Curie 3a, obejmujących informacje niezbędne do realizacji procesu rekrutacji i organizacji zajęć studiów podyplomowych, zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuje do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Inspektora Danych Osobowych w GUMed, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystanie danych przed cofnięciem takiej zgody.

.....
(miejsowość i data).....
(podpis składającego kwestionariusz)