

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko

a) nazwisko rodowe

b) imiona rodziców

2. Data i miejsce urodzenia 3. Obywatelstwo

4. Numer ewidencyjny (PESEL)

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

5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

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

6. Adres zameldowania

(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, gmina)

Adres do korespondencji

(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, gmina)

telefon kontaktowy.....

7. Wykształcenie (osiągnięte).....

Okres		Nazwa szkoły	Wydział/ kierunek	Uzyskany tytuł/ stopień naukowy
od	do			

8. Wykształcenie uzupełniające
podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania

kursy	studia podyplomowe
-------	--------------------

9. Dodatkowe uprawnienia, zainteresowania (np.: obsługa komputera, prawo jazdy, inne)

Data ukończenia	Nazwa	Umiejętności (stopień zaawansowania)

10. Znajomość języków obcych

Język obcy	Stopień znajomości: 1-słabo, 2-średnio, 3-dobrze, 4-bardzo dobrze, 5-płynnie									
	W mowie:					W piśmie:				
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.

11. Stan rodzinny (imiona i daty urodzenia dzieci)

.....

.....

.....

