


1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Nazwisko panieńskie.....
3. Data i miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. Adres zameldowania : województwopowiat
gmina.....ulicanr domu
nr lokalu..... miejscowość kod pocztowy
telefon kontaktowy..... **adres e mail**
6. Adres zamieszkania / Adres do korespondencji (podać w przypadku gdy adres jest inny niż zameldowania)
7. Wykształcenie
-
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)
-
(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)
8. Wykształcenie uzupełniające
-
(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)
9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia
.....
.....
.....
.....
(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)
10. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania
.....
.....
.....
(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)
11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1–4 są zgodne z dowodem osobistym seria
nr wydanym przezw dniu
lub innym dowodem tożsamości

	ZZ/1/F03 KWESTIONARIUSZ OSOBOWY dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie	Rok 2019
		Strona 2/1

12. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.** informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@szpitalepomorskie.eu
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz wybrania pracownika i zawarcia umowy o pracę w **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.**
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 22¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r., poz. 917) oraz Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych;
5. Podanie danych w zakresie wynikającym z Kodeksu pracy jest obowiązkowe, pozostałe dane przetwarzamy za Pani/Pana zgodą na przetwarzanie;
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym;
7. Dane przechowywane będą przez okres: do odwołania przez Panią/Pana zgodą na przetwarzanie danych osobowych;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpitala Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia w celu: przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz wybrania pracownika i zawarcia umowy o pracę w Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.

Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)