

**KWESTIONARIUSZ
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE**

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia (DD-MM-RRRR)

3. Dane kontaktowe

adres zamieszkania:

nr telefonu adres e-mail

4. Wykształcenie (gdy jest ono niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

5. Kwalifikacje zawodowe (gdy są one niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)

(kursy, studia podyplomowe lub inne formy uzupełnienia wiedzy lub umiejętności)

6. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (gdy jest ono niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)

(okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

7. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych

.....
(miejscowość i data)

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

 Szpital Pomorskie sp. z o.o. Podmiot Łączniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	KWESTIONARIUSZ OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE	F-ZZ/1-000-003	Edycja: 04 08.08.2024
		STRONA: 2/2	

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), **Szpital Pomorskie Sp. z o.o.** informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpital 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@szpitalpomorskie.eu
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz wybrania pracownika i zawarcia umowy o pracę w **Szpital 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 zgody 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 Szpital 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 Szpital Pomorskie Sp. z o.o. Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
(miejsce i data)

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