BIURO KARIER UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

15-089 Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1

e-mail:bk@umb.edu.pl, tel./fax.:(85)748 58 09

Agencja zatrudnienia nr 9028

Kwestionariusz osobowy nr………………………….

(wpisuje pracownik Biura Karier)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Płeć:**(zaznaczyć ”X”) |  | Kobieta |
|  | Mężczyzna  |
| **Data urodzenia:** | Rok: |  |  |  |  | Miesiąc: |  |  | Dzień: |  |  |
| **Telefon kontaktowy:**  |  |
| **e-mail:** |  |
| **Wykształcenie:** | **Szkoła średnia** |
| Nazwa szkoły: |
| Profil klasy: |
| Rok ukończenia: |
| **Szkoła wyższa** |
| Uczelnia: |
| Kierunek: |
| Specjalizacja: |
| Rok rozpoczęcia: |
| Rok zakończenia (także planowany): |
| Rodzaj studiów: |
| Tryb nauczania: |
| **Inne** (drugi kierunek, studia podyplomowe lub doktoranckie) |
| Uczelnia: |
| Kierunek: |
| Specjalizacja: |
| Rok rozpoczęcia: |
| Rok zakończenia (także planowany): |
| Rodzaj studiów: |
| Tryb nauczania: |
| **Preferencje zawodowe:** |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro Karier Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dla potrzeb procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).Wyrażam zgodę na przesyłanie drogę elektroniczną informacji z Biura Karier Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 o Świadczeniu Usług Drogą Elektroniczną Dz. U. 2002 r. Nr 144, poz. 1204).Data…………………………………..Podpis……………………………………………………………………… |