**DANE OSOBOWE kandydata na ASYSTENTA**

Imię i Nazwisko --------------------------------------------------------------------------------------

PESEL ----------------------------

Imiona Rodziców --------------------------------------------------------------

Data urodzenia -------------------------miejsce -----------------------obywatelstwo----------------

Adres zameldowania ulica (dzielnica) -------------------------------------------------------------------

Kod, Miasto / Województwo ---------------------------------------------------------

Powiat ------------------------ Gmina ----------------------------------------------

Adres zamieszkania ---------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi (zakres świadczonej pomocy, rodzaj niepełnosprawności)……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..Wykształcenie: ……………………………………………………………………………… |

Czy jest orzeczenie o niepełnosprawności - TAK/ NIE która grupa ---------------------------

e-mail: telefon -------------------------------------------------------------------------

Termin rozpoczęcia umowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(niewłaściwe skreślić)**

 ………………………………………. data i podpis zatrudnianego