



DANE OSOBOWE KANDYDATA ASYSTENTA

Imię i Nazwisko _____

PESEL _____

Imiona rodziców _____

Data urodzenia _____

Miejsce urodzenia _____

Obywatelstwo _____

Adres zameldowania ulica _____

Kod pocztowy, Miasto _____

Województwo _____

Powiat _____

Gmina _____

Adres zamieszkania _____

Adres do Korespondencji _____

Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi (zakres świadczonej pomocy, rodzaj niepełnosprawności)

.....
.....
.....
.....

Wykształcenie:



Czy jest orzeczenie o niepełnosprawności - TAK/ NIE stopień _____
Oddział Kasy Chorych (NFZ) _____
Urząd Skarbowy _____
Konto bankowe _____
E-mail: _____
Telefon _____

Termin rozpoczęcia umowy _____

Oświadczenia dla celów kadrowych

Oświadczam, iż

Jestem zatrudniona/y na etacie ... TAK / NIE

Wykonuję pracę na umowę -zlecenie TAK / NIE

Prowadzę działalność gospodarczą -TAK / NIE, jeśli tak jakie składki opłacam

Jestem studentem / studentką TAK / NIE

Jestem emerytem / rencistą TAK / NIE

Czy jest pobierana renta/emerytura TAK / NIE

Osiągam wynagrodzenie co najmniej, najniższą krajową TAK / NIE

(niewłaściwe skreślić)

O wszelkich zmianach dotyczących każdego zatrudnienia zobowiązuję się
powiadomić na bieżąco na piśmie.

.....
Data i podpis zatrudnionego