

Kwestionariusz osobowy

miejsce na fotografię	1. Imię (imiona) i nazwisko a) nazwisko rodowe..... b) imiona rodziców..... c) nazwisko rodowe matki	
2. Data i miejsce urodzenia		3. Obywatelstwo
4. Numer ewidencyjny (PESEL)	5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	
6. Miejsce zameldowania..... (dokładny adres)		
7. Miejsce zamieszkania..... (dokładny adres)		
8. Adres do korespondencji..... (dokładny adres)		
9. Telefon - domowy..... - komórkowy.....		10. Adres e-mail
11. Wykształcenie - nazwa szkoły i rok ukończenia - zawód, specjalność..... - stopień (tytuł zawodowy - naukowy)		
kursy		studia podyplomowe

18. Powszechny obowiązek obrony:

- a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony
- b) stopień wojskowy numer specjalności wojskowej
- c) przynależność ewidencyjna do WKU
- d) numer książeczki wojskowej
- e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP

19. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

.....
(imię i nazwisko, adres, telefon)

20. Informacja o podstawowym źródle utrzymania:

- na utrzymaniu rodziców
- z własnej pracy
- z własnej działalności gospodarczej
- inna, jaka:

21. O Policealnym Studium Techniki Dentystycznej KM Dental dowiedziałem(łam) się:

- z ogłoszeń w gazecie.....
- od krewnych, znajomych, absolwentów Policealnego Studium Techniki Dentystycznej KM Dental
- z Internetu
- z innego źródła, jakiego.....

22. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4, i 6 są zgodnie z dowodem osobistym seria

nr..... wydanym przez

w..... albo innym dowodem tożsamości
data wydania dowodu osobistego

Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Prywatnego Medycznego Studium Techniki Dentystycznej KM Dental.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)