

## ANKIETA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRACĘ

Prawdziwość podanych przeze mnie informacji potwierdzam swoim podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych – Dz. Ust. Nr 133 poz. 833 z dn. 29.08.97) przez FOSA Sp. z o.o. Oświadczam, że w trakcie trwania zatrudnienia wszelkie zmiany mające wpływ na zatrudnienie wynikające z niniejszej ankiety przedłożę w ciągu 3 dni w siedzibie firmy FOSA.

### I. DANE OSOBOWE

NAZWISKO:	IMIĘ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA URODZENIA (ROK – MIESIĄC – DZIEŃ):	MIEJSCE URODZENIA:
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
NR PESEL:	NR NIP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NR DOWODU OSOBISTEGO:	PŁEĆ:
<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
IMIĘ OJCA:	IMIĘ MATKI
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZWISKO RODOWE MATKI:	STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ:
<input type="text"/>	UREGULOWANY <input type="checkbox"/> NIEUREGULOWANY <input type="checkbox"/>
TELEFON STACJONARNY:	TELEFON KOMÓRKOWY:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PANA/PANI URZĄD SKARBOWY (MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR BUDYNKU, NR URZĘDU):	
<input type="text"/>	

### II. ADRES ZAMIESZKANIA

MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### III. ADRES KORESPONDENCYJNY - WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA

MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### IV. NAZWA I NUMER KONTA BANKOWEGO

Zgadzam się na przelewanie mojego wynagrodzenia na poniższy rachunek bankowy, którego jestem właścicielem bądź pełnomocnikiem

TAK  NIE

NAZWA BANKU:

NUMER KONTA BANKOWEGO:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### V. ADRES E-MAIL

<input type="text"/>
----------------------

### VI. OBECNA SYTUACJA ZAWODOWA

JESTEM UCZNIEM/STUDENTEM	<input type="checkbox"/>		
JESTEM BEZROBOTNY	<input type="checkbox"/>		
JESTEM EMERYTEM/RENCISTĄ	<input type="checkbox"/>	NR EMERYTURY / RENTY	<input type="text"/>
PRACUJĘ	<input type="checkbox"/>	NAZWA FIRMY	<input type="text"/>

**VII. NIEKARALNOŚĆ**

OŚWIADCZAM, ŻE NIE BYŁEM/ŁAM KARANY/NA SĄDOWNIE ORAZ ŻE AKTUALNE ZAPYTANIE  
O NIEKARALNOŚĆ DOSTARCZĘ W CIĄGU 14 DNI

TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

**VIII. DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIEŃ ORAZ ROZMIARÓW UBRANIA**

PRZESZKOLENIE JAKO SŁUŻBA PORZĄDKOWA	O NUMERZE	
PRZESZKOLENIE JAKO SŁUŻBA INFORMACYJNA	O NUMERZE	
PRZESZKOLENIE KIER. DS. BEZP. IMPR. MAS.	O NUMERZE	
LICENCJA I LUB II STOPNIA	O NUMERZE	

DOŚWIADCZENIE JAKO PRACOWNIK OCHRONY LUB SŁUŻBA PORZĄDKOWA

NIE	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	MÓJ STAŻ PRACY WYNOŚI	
-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------------------	--

PROSZĘ WYMIENIĆ FIRMY I PEŁNIONE FUNKCJE W OCHRONIE LUB SŁUŻBACH PORZĄDKOWYCH:

1.	
2.	
3.	

PANA/PANI DYSPOZYCYJNOŚĆ – PROSZĘ PODAĆ DNI I PRZEDZIAŁ CZASOWY DYSPOZYCYJNOŚCI

--

PREFEROWANY PRZEZ PANA/PANIĄ ROZMIAR UBRANÍ

XXL	<input type="checkbox"/>	XL	<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

PANA/PANI WYMIARY CIAŁA

WZROST		NR OBUWIA		OBWÓD PASA		KLATKA PIERSIOWA		KOŁNIERZ	
--------	--	-----------	--	------------	--	------------------	--	----------	--

**IX. OSOBA DO POWIADOMIENIA W RAZIE ZDARZENIA**

NAZWISKO:	IMIĘ:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MIEJSCOWOŚĆ:	KOD POCZTOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA:	NR DOMU:	NR MIESZKANIA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON STACJONARNY:	TELEFON KOMÓRKOWY:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**X. POZOSTAŁE INFORMACJE**

CAŁKOWITY ZAKAZ PALENIA TYTONIU PODCZAS PRACY JEST PRZEZ PANA/PANIĄ DO PRZYJĘCIA

TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH.

PROSZĘ OKREŚLIĆ NAZWĘ JĘZYKA I STOPIEŃ JEGO OPANOWANIA W SKALI OD 0 DO 3 GDZIE  
0 – NIEZNAJOMOŚĆ, 1 – SŁABA ZNAJOMOŚĆ, 2 – DOBRA ZNAJOMOŚĆ, 3 – B. DOBRA ZNAJOMOŚĆ

JĘZYK:		W STOPNIU	MOWA:		PISMO:		CZYTANIE:	
JĘZYK:		W STOPNIU	MOWA:		PISMO:		CZYTANIE:	
JĘZYK:		W STOPNIU	MOWA:		PISMO:		CZYTANIE:	

OŚWIADCZAM, ŻE POSIADAM SAMOCHÓD

TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	JEŻELI TAK JAKA MARKA I MODEL:	
-----	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------	--

KIEDY MOŻE PAN/PANI ROZPOCZĄĆ PRACĘ

NATYCHMIAST	<input type="checkbox"/>	W PÓŹNIEJSZYM TERMINIE	<input type="checkbox"/>	KIEDY:	
-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------	--

DATA I PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRACĘ:	<input type="text"/>
--	----------------------