

Znajomość języków obcych (słaba, biegła , w mowie, w piśmie)

Prawo jazdy, obsługa komputera, inne umiejętności

11. Stan rodzinny (imiona i daty urodzenia dzieci)

1) 5)

2) 6)

3) 7)

4) 8)

12. 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

13. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

.....

14. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4 i 6 są zgodne z dowodem osobistym seria i nr
.....
..... wydanym przez
w albo innym dowodem tożsamości:

Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia - Miejskiego Ośrodka ds. Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883).

(miejscowość, data)

(podpis osoby składającej kwestionariusz)