

Dane zawarte w kwestionariuszu wyłącznie do użytku wewnętrznego firmy Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej

--

Nr ankiety

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRAKTYKANTA / STAŻYSTY

### OBECNA UCZELNIA

--	--	--	--	--

Pełna nazwa uczelni  
Miejscowość

Wydział

Kierunek

Specjalizacja

Rok (1,2,...,Absolwent)  
Tryb studiów  
(dzienny, zaoczny  
wieczorowy)

### DANE PERSONALNE

Nazwisko							
Imiona							
Data urodzenia							
Stan cywilny							
Stosunek do służby wojskowej							
Obywatelstwo							
<b>Adres stałego zameldowania</b>				<b>Adres kontaktowy</b>			
Ulica:				Ulica:			
Nr domu:				Nr domu:			
Nr mieszkania:				Nr mieszkania:			
Kod i miejscowość:				Kod i miejscowość:			
Tel + kierunek:				Tel kontaktowy:			
Tel. do pracy:				E-mail:			
Numer PESEL							
Adres urzędu skarbowego							
Stosowanie do zamieszkania							

### WYKSZTAŁCENIE

Szkoła średnia od do	Pełna nazwa szkoły						
	Specjalizacja, profil						
Szkoła pomaturalna od do	Pełna nazwa szkoły						
	Specjalizacja, profil						
Szkoła wyższa od do	Uczelnia						
	Wydział						
	Kierunek						
	Specjalizacja						
	<input type="checkbox"/> Praca magisterska		<input type="checkbox"/> Praca licencjacka				
	Tytuł pracy						
Promotor				Ocena			
				Termin obrony			
Szkoła wyższa drugi kierunek od do	Uczelnia						
	Wydział						
	Kierunek						
	Specjalizacja						
Studia podyplomowe od do	Uczelnia						
	Wydział						
	Kierunek						
	Specjalizacja						

Kursy	Instytucja szkoląca	Temat	Rodzaj certyfikatu
od do			
od do			
od do			
Działalność w organizacjach	Nazwa organizacji	Zakres działań, obowiązków	

### UMIEJĘTNOŚCI

Prawo jazdy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
Od kiedy			Kategoria		
Obsługa programów komputerowych					
Znajomość języków obcych	Podstawowa		Dobra ( FCE )	Biegła	
	Mowa	Pismo		Mowa	Pismo
Angielski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemiecki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francuski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosyjski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny (jaki?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne umiejętności ( jakie? )					

Wyjazdy zagraniczne	Miejsce i charakter pobytu
od do	
od do	

## DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Doświadczenie zawodowe	Rodzaj, miejsce pracy (etat, umowa zlecenie, praktyka)	Firma (stanowisko, zakres obowiązków)
od do		
od do		
od do		

Zaznacz działy w firmie które Cię interesują (max.3)

- pedagogika specjalna
- logopedia
- terapia pedagogiczna
- psychologia
- pedagogika terapeutyczna
- surdopedagogika
- resocjalizacja

Które z wymienionych poniżej aspektów pracy są dla Ciebie najważniejsze (wybierz trzy)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> miła atmosfera                               | <input type="checkbox"/> dobra organizacja        |
| <input type="checkbox"/> dobre zarobki                                | <input type="checkbox"/> możliwość awansu         |
| <input type="checkbox"/> możliwość podnoszenia kwalifikacji           | <input type="checkbox"/> praca w zespole          |
| <input type="checkbox"/> możliwość podejmowania samodzielnych decyzji | <input type="checkbox"/> autonomia                |
| <input type="checkbox"/> podróże służbowe                             | <input type="checkbox"/> liczne kontakty z ludźmi |
| <input type="checkbox"/> inne   |   |

Możliwy okres

- stażu
- praktyki

od do  
Uwagi:

## TWOJE ZAINTERESOWANIA

--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez firmę Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej moich danych osobowych zawartych niniejszym kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 /Dz.U. Nr 133 poz.883/

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, utrwalanie, opracowywanie, zmienianie i usuwanie moich danych osobowych, również w systemach informatycznych.

--	--

Data

czytelny podpis