OSOBNÍ DOTAZNÍK ZAMĚSTNANCE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Příjmení, jméno, titul** | **Den, měsíc, rok narození místo narození** |       |
|  |  |       |
|  |       |
|  |  |
| **rodné:** |       **všechna dřívější:** |  | **rodné číslo:** |       |
| **Trvalé bydliště (město, obec)** |       | **Doručovací adresa** |       |
| **ulice**       |  | **číslo popisné/orientační** |       | **ulice** |  | **číslo**  |       |
|  |  |
| **PSČ**      **Telefon****:**      |  | **e-mail:**  |       | **PSČ** |  |  |  |
| U cizinců adresa pobytu v ČR |
| Ulice | číslo popisné/orientační  | Obec | PSČ |
| Státní příslušnost | Povolení k pobytu \*\*) (PAS) |
|       | evidenční číslo:      platnost do roku:       |  |
|  |  |  |
| U žen počet vychovaných dětí včetně data jejich narození: |  |
| **VZDĚLÁNÍ** | Druh školy, obor | Počet | Ukončení | Druh zkoušky |
| (nejvyšší dosažené) |  | ročníků | (Den/Měs./Rok) |  |
| **D****O****K****O****N****Č****E****N****É** | základní |       |       |       |       |
|  | střední odborné |       |       |       |       |
|  | úplné střední všeobecné |       |       |       |       |
|  | úplné střední odborné |       |       |       |       |
|  | vyšší odborné |       |       |       |       |
|  | bakalářské |       |       |       |       |
|  | vysokoškolské |       |       |       |       |
|  | postgrad. studium |       |       |       |       |
|  | vědecká výchova |       |       |       |       |
| Nedokončené vzdělání |       |       |       |       |
| Probíhající vzdělání |       |       |       |       |
|  VYUČEN |
|  Zaměstnavatel (firma) | Den/Měs./Rok | Obor |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
|  **PŘEDCHOZÍ ZAMĚSTNÁNÍ****(uveďte všechna zaměstnání, včetně voj. zákl. služby, mateřské a rodičovské dovolené, úřadu práce)**  |
| Organizace (firma) - sídlo | Pracovní zařazení | od(den/měsíc/rok) | do (den/měsíc/rok) |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| **Máte ještě jiný pracovně-právní vztah?** |
| Organizace (firma) | Od(den/měsíc/rok) | Druh činnosti | Úvazek |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| **Pobíráte důchod?** | **Změněná pracovní schopnost** |
| Druh důchodu | Přiznání důchodu od (den/měsíc/rok) | Ano - Ne  | Přiznána od: |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Zdravotní pojišťovna název:       | Poznámka: |
| pobočka (sídlo): |       |       |
| **Identifikace posledního cizozemského nositele pojištění** |
| Název posledního cizozemského nositele pojištění: |  |
| Ulice: | Číslo popisné/orientační: | Cizozemské číslo pojištění: |
| Obec: | Post Code: |  |
| Stát: |  |  |

Jiné údaje - sdělení:

**Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou úplné a pravdivé.**

Datum:       Podpis:

**Přílohy:**

1. Žádost o provedení pracovně lékařské prohlídky
2. Zápočtový list z předchozího zaměstnání
3. Doklady o vzdělání

 \*) vyplňte jen v případě potřeby

\*\*) uváděné údaje nutno doložit