**Kwestionariusz osobowy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko: | | | | | Fotografia |
| 1. Data urodzenia | | | 1. Miejsce urodzenia | | |
| 1. Obywatelstwo | | | 1. Numer ewidencyjny (PESEL) | | |
| 1. Adres zameldowania: | | | | | |
| 1. Adres do korespondencji: | | | | | |
| Telefon: | | | e-mail | | |
| 1. Wykształcenie:   Nazwa uczelni:  Wydział:  Kierunek:  Specjalność:  Tytuł zawodowy:  Rok ukończenia studiów: | | | | | |
| 9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia | | | | | |
| okres | | Nazwa i adres zakładu pracy | | Stanowisko | |
| od | do |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa w studiach podyplomowych „MBA w Ochronie Zdrowia zintegrowane z Badaniami Klinicznymi i Biobankowaniem” w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.  Oświadczam, że jestem osobą, której doświadczenie zawodowe wynosi …………(podaj w latach)\*  \**Doświadczenie zawodowe musi wynosić minimum 1 rok. Jest liczone od momentu ukończenia studiów wyższych i podjęcia pracy zawodowej.*    ………………………………………………………  (podpis składającego oświadczenie) | | | | | |
|  | | | | | |

………………………………………

(data i podpis kandydata)