|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko: |  |
| adres email: |  |
| telefon: |  |
| adres zamieszkania: |  |
| data urodzenia: |  |
| Obywatelstwo: |  |

**Wykształcenie**

|  |
| --- |
| * podstawowe
* gimnazjalne
* zawodowe
* średnie ogólnokształcące
* średnie zawodowe
* wyższe
 |

**Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

|  |  |
| --- | --- |
| orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | * lekki
* umiarkowany
* znaczny
 |
| symbole przyczyny niepełnosprawności |  |
| * orzeczenie ważne do ………………..
 | * na stałe
 |

 **Doświadczenie zawodowe**

|  |
| --- |
| * do roku
* 2-3 lata
* 4-5 lat
* ponad 5 lat
 |

**Dyspozycyjność**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy obecnie jesteś zatrudniony/a? | * tak
* nie
 |
| Od kiedy możesz rozpocząć pracę? | * natychmiast
* za tydzień
* za 2 tygodnie
* za miesiąc
* …………………………………………
 |

**Oczekiwania względem pracy**

|  |
| --- |
|  |

Załączniki:

* Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
* CV
* Certyfikaty
* Zaświadczenie o posiadanych uprawnieniach
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Polski Związek Niewidomych Okręg Warmińsko-Mazurski z siedzibą przy ul. Mickiewicza 17/3,10-508 w Olsztynie.
* Wyrażam zgodę na udzielenie informacji odnośnie mojego zatrudnienia dla potrzeb sprawozdawczych Polskiego Związku Niewidomych Okręgu Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą przy ulicy Mickiewicza 17/3.

…………………………………..………..……………………… …………………………………..………..……………………

data i podpis osoby przyjmującej formularz data i podpis osoby składającej formularz