

OSOBNÍ DOTAZNÍK

Osobní číslo _____ Útvar _____ Rodinný stav _____

Příjmení, jméno, titul _____ Rodné příjmení _____

Datum narození _____ Místo narození _____

ČOP/Číslo pasu _____ Státní příslušnost _____

Zdravotní pojišťovna _____ RČ _____

TZP _____ ZPS _____ Telefon _____ Email: _____

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ _____

Adresa přechodného bydliště včetně PSČ _____

Adresa příbuzných (známých), na kterou má být v případě mimořádné události podána zpráva

Vzdělání		Druhy školy	Obor	Rok ukončení	Druh zkoušky
Základní					
Střední	Odborné				
	Úplné				
	Úplné odborné				
	Vyšší odborné				
Vysokoškolské					
Postgraduální					
Kurza, školení, stáže					

Odborné znalosti a dovednosti (práce s počítačem, řidičský průkaz, státní zkoušky)

Jaký cizí jazyk ovládáte? (Prosím vypište)	Stupeň znalosti nejlépe ovládaného jazyka (uved'te)	Druh zkoušky z daného jazyka (maturitní zk., absolutorium, státní)
	Základní stupeň (A-0)	
	Střední stupeň (A1-A2)	
	Středně pokročilý (B1-B2)	
	Pokročilý (C1-C2)	
	Rodilý mluvčí	

Poznámka: (A-0) = znalost několika málo slov a frází, (A1-A2) = rozumím pasivně a domluví se na základní úrovni, (B1-B2) = dobré porozumění a aktivní komunikace, (C1-C2) = velmi dobré porozumění a schopnost vstupovat do všech konverzačních rozhovorů a okruhů, dobrá výslovnost

Byli byste ochotní, v případě potřeby, pracovat jako překladatel při ošetřování cizojazyčných pacientů v KKN? Ano – Ne

Jaké jsou Vaše zájmy/hobby? _____

Jste aktivní sportovec? Pokud ANO, v jakém sportovním odvětví? _____

Měli byste zájem ve Vaší sportovní disciplíně reprezentovat naši nemocnici?

Ano – Ne

Odkud/ z jakých zdrojů jste se dozvěděli o pracovní nabídce v KKN, na kterou nyní reagujete?

1. Z masmédií (noviny, rádio, TV)
2. Z internetových stránek KKN
3. Z jiných internetových stránek
4. Ze školy, kde jste studovali, prosím popřípadě uveďte jakou _____
5. Jiný zdroj _____

Jaký byl/je Váš důvod k nástupu do nemocnice KKN?

Průběh dosavadního zaměstnání

Zaměstnavatel	Od-do	Zařazení

Rodinný příslušníci a ostatní vyživované osoby

Příjmení, jméno	Datum narození	Rodné číslo	Zaměstnavatel	Příbuzný poměr

Váš zdravotní stav _____

Pobíráte důchod? Ano - Ne Druh _____ Kč _____ Od _____

Máte stanovené srážky ze mzdy? Ano – Ne Jaké? _____

Je proti Vám vedeno soudní trestní řízení nebo máte zákaz činnosti? Ano – Ne

Důvod řízení? _____

Peněžní ústav _____ Číslo účtu _____ Kód banky _____

Zaměstnanec je povinen nejpozději do 8 kalendářních dní nahlásit na personální oddělení změnu zdravotní pojišťovny a veškeré změny, které mají vliv na výši odvodu zdravotního a sociálního pojištění a výše daně z příjmu.

Prohlašuji, že veškeré údaje jsem uvedl dle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů v souladu se zákonem 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů.

Ano - Ne

Podpis zaměstnance

Personální odbor

Poznámka: Přílohou k osobnímu dotazníku je životopis.