

## OSOBNÍ PROFESNÍ DOTAZNÍK

Příjmení, jméno, titul: .....

Datum narození / r.č.: .....

Trvalé bydliště: .....

### Potvrzení od současného zaměstnavatele – odborného zdravotnického zařízení:

Zdravotnické zařízení: .....

Oddělení/pracoviště: .....

Pracovní pozice: .....

\* bez odborného dohledu / s odborným dohledem

Výše pracovního úvazku: .....

.....  
Razítko a podpis zaměstnavatele

### Dosažené vzdělání (řádně ukončené):

| Dosažené vzdělání (SZŠ, VZŠ, VŠ a jiné) | Název školy (případně obor studia) | Datum ukončení (rok) | Druh zakončení (maturita, absolutorium, ...) |
|---|------------------------------------|----------------------|--|
|   |                                    |                      |  |
|   |                                    |                      |  |
|   |                                    |                      |  |

\* nehodící se škrtněte



**Průběh předchozích zaměstnání:**

| Organizace, sídlo, oddělení | Pracovní pozice | Od<br>(měsíc/rok) | Do<br>(měsíc/rok) |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
|                             |                 |                   |                   |
|                             |                 |                   |                   |
|                             |                 |                   |                   |
|                             |                 |                   |                   |
|                             |                 |                   |                   |

Máte změněnou pracovní schopnost? \* ANO / NE

Jste v současné době na mateřské dovolené? \* ANO / NE

Pokud ano, vypište: od ..... do ..... (předpoklad)

\* nehodící se škrtněte

**Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou úplné a správné.**

V ..... dne ..... Podpis studenta: .....

