**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PEŁNIENIE FUNKCJI PERSONELU PROJEKTU:**

***„LUBInclusiON – działania profilaktyczne i usamodzielniające w środowisku lokalnym oraz utworzenie nowych miejsc usług społecznych”***

umowa nr 56/RPLU.11.02.00-06.0065/18-00 z dnia 26 czerwca 2018 r., realizowanym na terenie Miasta Lublin w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 - 2020, Oś priorytetowa 11. Włączenie społeczne, Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

 na stanowisko: …………………………………………….……………………………………..

w Ośrodku Wsparcia o charakterze Rodzinnych Domów „Kalina” w Lublinie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię (imiona) i nazwisko  |  |
|  | Data urodzenia |  |
|  | Miejsce zamieszkania |  |
|  | Dane kontaktowe *- wskazane przez osobę ubiegającą się o zatrudnienie np. nr telefonu, e-mail* |  |
|  | Wykształcenie |
| Nazwa szkoły |  |
| Rok ukończenia |  |
|  Kierunek/specjalizacja  |  |
| Tytuł zawodowy/naukowy |  |
| Nazwa szkoły |  |
| Rok ukończenia |  |
|  Kierunek/specjalizacja  |  |
| Tytuł zawodowy/naukowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dotychczasowe zatrudnienie |
| Nazwa pracodawcy, własnej działalność | *Okres zatrudnienia /działalności dzień/miesiąc/rok* | Stanowisko i *rodzaj umowy* |
|  |  |  |
| główne obowiązki: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Nazwa pracodawcy, własnej działalność | *Okres zatrudnienia /działalności dzień/miesiąc/rok* | Stanowisko i *rodzaj umowy* |
|  |  |  |
| główne obowiązki: |
|  |
|  |
|  |
|   | Nazwa pracodawcy, własnej działalność | *Okres zatrudnienia /działalności dzień/miesiąc/rok* | Stanowisko i *rodzaj umowy* |
|  |  |  |
| główne obowiązki: |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kwalifikacje zawodowe - kursy, studia podyplomowe lub inne formy uzupełnienia wiedzy lub umiejętności. |  |
| Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. |
|  |  |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis osoby ubiegającej się o pełnienie funkcji personelu projektu* |