**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**dla kandydata na członka Zarządu spółki**

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o.**

**I. Dane osobowe**

Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imiona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia (*dd-mm-rrrr*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię ojca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Dane kontaktowe**

1. Aktualny adres zamieszkania:

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gmina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Adres do korespondencji *(wyłącznie w przypadku jeżeli jest inny od adresu zamieszkania)*

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gmina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. Wykształcenie**

Wykształcenie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(wyższe – magisterskie / licencjackie lub równorzędne)*

Posiadany tytuł/stopień naukowy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa ukończonej Szkoły/Uczelni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok ukończenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wydział lub specjalność (kierunek): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. Doświadczenie zawodowe**

1. Okres zatrudnienia (co najmniej 5 lat) na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, lub świadczenia usług na podstawie innej umowy lub wykonywania działalności gospodarczej na własny rachunek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_lat.

Posiadam doświadczenie zawodowe w zakresie następujących dziedzin\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Oświadczam, że posiadam co najmniej 3-letnie doświadczenie na stanowiskach kierowniczych lub samodzielnych albo wynikające z prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek.
2. Dane aktualnego miejsca pracy.

Pełna nazwa pracodawcy/prowadzonej działalności:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podstawowy rodzaj prowadzonej działalności- podmiot prywatny/publiczny:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zatrudnienie od: (*dd-mm-rrrr*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stanowisko/ funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres miejsca pracy:

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Powiat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gmina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Historia zatrudnienia, świadczenia usług lub wykonywania działalności gospodarczej   
   na własny rachunek

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa miejsca pracy / rodzaj działalności** | **Miejscowość** | **Ostatnio zajmowane stanowisko / funkcja** | **Okres pracy od:**  **(dd-mm-rrrr)** | **Okres pracy do:**  **(dd-mm-rrrr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**V. Uprawnienia zawodowe i ukończone kursy, szkolenia, studia podyplomowe**

*(uprawnienia zawodowe potwierdzone zdanym egzaminem, otrzymanym certyfikatem, np. makler giełdowy, biegły rewident, radca prawny, rzeczoznawca majątkowy, itp.)*

1. Rodzaj uprawnienia zawodowego i rok jego uzyskania:
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Nazwa ukończonych studiów podyplomowych, kursów specjalistycznych lub szkoleń - rok ich ukończenia/odbycia:
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Członkostwo w organach spółek**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa spółki** | **Miejscowość** | **Funkcja** | **Od**  **(dd-mm-rrrr)** | **Do**  **(dd-mm-rrrr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VII. Zgody i oświadczenia**

Wyrażam zgodę na powołanie na stanowisko Członka Zarządu spółki działającej pod firmą: **Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,**w której Województwo Mazowieckie posiada udziały.

**Jednocześnie świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń:**

1. Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane i informacje zawarte w kwestionariuszu są zgodne z prawdą i aktualne na dzień złożenia niniejszego kwestionariusza;
2. Oświadczam, że nie mają do mnie zastosowania ograniczenia i zakazy pełnienia funkcji we władzach spółek oraz w prowadzeniu działalności konkurencyjnej wynikające z obowiązujących przepisów prawa, a w szczególności z:
3. art. 18 i art. 214 (lub art. 387) ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych tj.:
4. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
5. nie byłem/byłam skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwa określone w przepisach [rozdziałów XXXIII-XXXVII](http://lex.online.wolterskluwer.pl/WKPLOnline/index.rpc#hiperlinkText.rpc?hiperlink=type=tresc:nro=Powszechny.1554390:part=a265&full=1) Kodeksu karnego oraz w art. 585, art. 587, art. 590 i w art. 591 tej ustawy;
6. nie jestem członkiem rady nadzorczej, prokurentem, kierownikiem oddziału lub zakładu, głównym księgowym, radcą prawnym lub adwokatem zatrudnionym w przedmiotowej spółce;
7. art. 27 b ust. 3 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa tj.: nie jestem radnym wojewódzkim lub małżonkiem radnego ani też małżonkiem: członka zarządu województwa, skarbnika województwa, sekretarza województwa, kierownika wojewódzkiej samorządowej jednostki organizacyjnej oraz osoby zarządzającej i członka organu zarządzającego wojewódzką osobą prawną;
8. ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Wyboru Członka Zarządu spółki „Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica” Sp. z o.o.

**W przypadku zaistnienia okoliczności stanowiących przeszkodę do pełnienia funkcji członka Zarządu Spółki, zobowiązuję się do niezwłocznego, jednakże nie później niż w terminie 3 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności, do złożenia rezygnacji   
z pełnienia funkcji członka Zarządu Spółki. Rezygnacja zostanie przekazana   
do wiadomości Zarządu Województwa Mazowieckiego.**

Równocześnie zobowiązuję się powiadomić Radę Nadzorczą spółki Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o. o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonych przeze mnie informacji i oświadczeń w terminie 5 dni od ich wystąpienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Miejscowość i data)                                (Podpis)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o., w celu wskazania do składu zarządu spółki   
z udziałem Województwa Mazowieckiego, w zakresie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu oraz CV/życiorysie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Miejscowość i data)                               (Podpis)*

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

* + - 1. *Administratorem danych osobowych kandydatów do pracy jest**Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o. o., adres: ul. Karola Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki;*

1. *Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@drewnica.pl;*
2. *Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO w zw. z realizacją przepisów wynikających z art. 22 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dane osobowe kandydatów do pracy są przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji na wolne stanowisko pracy.*
3. *Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).*
4. *Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
5. *Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres prowadzenia naboru na wolne stanowisko pracy, nie dłużej niż przez okres 90 dni liczonych od dnia zakończenia procesu naboru.*
2. *Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. .*
3. *Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wzięcia udziału w naborze na wolne stanowisko pracy. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak udziału w naborze na wolne stanowisko pracy.*

*Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższymi informacjami:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Miejscowość i data)                               (Podpis)*

**UWAGA: należy parafować każdą stronę kwestionariusza, na której nie ma podpisu składającego.**