

Formularz rekrutacyjny do ZAZ Nysa			
Imię i nazwisko			
Wykształcenie (kierunkowe)			
Zawód (wykształcony)			
Wskazania do zatrudnienia zawartymi w orzeczeniu o niepełnosprawności			
Stopień niepełnosprawności		Rodzaj niepełnosprawności	
Staż pracy (lat)	Uczestnik WTZ	Zarejestrowany w PUP	Mieszkaniec DPS
	(tak /nie)*	(tak /nie)*	(tak /nie)*
	tak <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>
	nie <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Preferowane uczestnictwo w ZAZ Nysa/Pokrzywna			
Nysa <input type="checkbox"/>		Pokrzywna <input type="checkbox"/>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uczestnictwa w ZAZ Nysa przez infirmiCare non profit sp.z o.o. z siedzibą w Wieszczyne 16, 48-200 Prudnik

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę