|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **e-mail:** [**boa@policja.gov.pl**](mailto:boa@policja.gov.pl)**; tel. 47 72 180 81,**  **fax: 47 72 180 72** | | | | | (miejscowość, data) | | | |
| **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA DO SŁUŻBY**  **W SEKCJI CBRNE WYDZIAŁU WSPARCIA OPERACYJNEGO,**  **CENTRALNEGO PODODDZIAŁU KONTRTERRORYSTYCZNEGO POLICJI „BOA”** | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko, imię ojca** | |  | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia** | |  | | | | | | |
| **Adres zameldowania** | |  | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | |
| **Funkcjonariusz Policji** | | (jednostka, miejscowość) | | | | | (rodzaj wykonywanej służby) | |
| **Numer identyfikacyjny** | |  | | | | | | |
| **Inna służba** | | (jednostka, miejscowość) | | | | | (rodzaj wykonywanej służby) | |
| **Staż służby:** | | | **Data rozpoczęcia służby:** | | | | | |
| **Stopień:** | | | **Stanowisko:** | | | | | |
| **Przebieg służby:** | | | | | | | | |
| **Kursy i szkolenia resortowe:** | | | | | | | | |
| **Udział w postępowaniu kwalifikacyjnym do BOA (jeśli tak, podać datę):** | | | | | | TAK, ………………………. | | NIE |
| **DANE DODATKOWE** | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** | (jakie) | | | (tytuł zawodowy) | | | | |
| **Nazwa ukończonej szkoły:** | | | | | | | | |
| **Języki obce:** | | | | | | | | |
| **Prawo jazdy kategorii:** | | | | | | | | |
| **Przebyte kursy i uprawnienia:** | | | | | | | | |
| Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w kwestionariuszu i jednocześnie oświadczam,  że w chwili obecnej nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie dyscyplinarne, karne lub karno-skarbowe. | | | | | | | | |

…………………………………………………..

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

**Oświadczenie:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Kwestionariuszu osobowym kandydata do służby komórce właściwej do spraw wsparcia działań bojowych Centralnego Pododdziału Kontrterrorystycznego Policji „BOA” dla potrzeb rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018.poz. 1000 z późn. zm.)

……………………………………………………..

Czytelny podpis (imię i nazwisko)