Анкета
участника регионального этапа Всероссийского конкурса
профессионального мастерства в сфере занятости населения
в номинации «Лучший специалист кадрового центра «Работа России»
в категории «Лучший кадровый консультант»

Фамилия, имя, отчество (при наличии) участника регионального этапа Конкурса:

Занимаемая должность участника регионального этапа Конкурса:

Наименование кадрового центра ЦЗН, в котором работает участник регионального этапа Конкурса:

1	Число, месяц, год рождения участника регионального этапа Конкурса (ДД.ММ.ГГГГ)	
2	Образование (высшее, среднее профессиональное, иное - указать), специальность по диплому или иному документу об образовании и/или квалификации (указать вид документа об образовании, номер, дату выдачи, наименование организации, выдавшей документ)	
3	Стаж работы на занимаемой должности	
4	Стаж работы непосредственно по предоставлению основных, дополнительных и иных мер государственной поддержки работодателям	
5	Прохождение курсов повышения квалификации, профессиональной переподготовки (указать наименование курсов, количество часов, тему, специальность, год, организацию, выдавшую документ, вид документа)	
6	Иная информация (по усмотрению участника регионального этапа Конкурса)	
7	Количество часов работы в качестве наставника за первое полугодие года проведения Конкурса	
8	8.1 Доля свободных рабочих мест и вакантных должностей, снятых по трудоустройству благодаря деятельности участника регионального этапа Конкурса, в числе рабочих мест и вакантных должностей, исключенных из базы данных кадрового центра (за первое полугодие года проведения Конкурса), %	

	8.2 Среднее время закрытия вакансии у участника регионального этапа Конкурса, дней	
9	Перечень основных, дополнительных и иных мер государственной поддержки и сервисов, предоставляемых участником регионального этапа Конкурса (за первое полугодие года проведения Конкурса)	
10	Контактный телефон участника регионального этапа Конкурса	
11	Адрес электронной почты участника регионального этапа Конкурса	

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии) руководителя
ЦЗН)