

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Nazwisko i imiona

Nazwisko rodowe

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL NIP ———

Dowód osobisty seria i numer wydany przez

..... dnia

Imię ojca Imię matki Obywatelstwo

Stan cywilny Stan rodzinny (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

Numer telefonu Adres e-mail

Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku Telefon

1. Adres zameldowania – pobytu stałego.

kod — poczta miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

gmina powiat województwo

2. Adres zamieszkania – zameldowania na pobyt czasowy.

kod — poczta miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

gmina powiat województwo

3. Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli adres zameldowania jest inny niż zamieszkania)

kod — poczta miejscowość

ulica nr domu nr lokalu

gmina powiat województwo

4. Nazwa urzędu skarbowego

miejscowość

ulica numer

5. Wykształcenie
nazwa ukończonej szkoły, specjalność

6. Wykształcenie uzupełniające

7. Przebieg pracy zawodowej

Data		Nazwa zakładu pracy, miejscowość
od	Do	

8. Jestem zarejestrowana(y) jako bezrobotna(y)*: TAK NIE , jeśli TAK – podać adres

Urzędu Pracy

9. Niniejszym proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia oraz innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy na poniższy numer rachunku bankowego:

nazwa banku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

10. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

11. Mam ustalone prawo do renty*: TAK NIE , do emerytury*: TAK NIE

12. Mam ustaloną niepełnosprawność*: TAK NIE , jeśli TAK - podać kod**

* wpisać znak X w odpowiednią kratkę
** Kody stopnia niepełnosprawności:

1 – lekki stopień niepełnosprawności
2 – umiarkowany stopień niepełnosprawności
3 – znaczny stopień niepełnosprawności

Stopień niepełnosprawności orzeczony od do (należy podać daty)

13. Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym TAK/NIE	Kod stopnia niepełnosprawności**	Wpisz adres zamieszkania, jeśli jest inny niż pracownika (województwo, powiat, gmina, kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)
Imię						

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o każdej zmianie danych osobowych zawartych w kwestionariuszu i wyrażam zgodę na ich przechowywanie i przetwarzanie w celach wynikających ze stosunku pracy.

.....
data i podpis Pracownika

Dotyczy osób rozpoczynających pracę w trakcie roku kalendarzowego oraz osiągających dochody z kilku tytułów.

Informuję, iż do dnia rozpoczęcia pracy osiągnęłam/ąłem dochód brutto w kwociezł (podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe).

.....
data i podpis Pracownika

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(łam) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.