

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
DLA PRACOWNIKÓW, ZLECENIOBIORCÓW I OSÓB WSPÓŁPRACUJĄCYCH**

Instrukcja wypełniania:

wyбір oznaczony „*?” – zakreślamy odpowiednią odpowiedź lub skreślamy niewłaściwe (niepotrzebne),
Kolumna A: dane obowiązkowe, Kolumna B: dane dobrowolne. Dane dobrowolne - nie wpływają na zawarcie lub realizację umowy, mogą być potrzebne do uzyskania dodatkowych uprawnień pracownika lub członków jego rodziny.

Dane osobowe zgodne z art. 22(1)§1-3 k.p. (Kolumna A)

Imię:	Drugie imię:	Nazwisko:
Nazwisko rodowe:	Adres zamieszkania lub pobytu czasowego:	
PESEL: _____ Inny numer identyfikacyjny: _____	Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:
	NIP: _____ (podają osoby prowadzące działalność gospodarczą i obcokrajowcy, jeżeli posiadają)	
Adres zameldowania (opcjonalnie):	Adres korespondencyjny (opcjonalnie):	
Dane kontaktowe (konieczne) numer telefonu:	Dane kontaktowe (dobrowolne): Adres poczty elektronicznej: _____, inne: _____	
Urząd skarbowy:	Numer rachunku bankowego:	

Obcokrajowcy (spoza Unii i EOG) obowiązkowo podają dane dotyczące legalności pobytu:

- 1) Nr paszportu: _____, wydany przez: _____
 - 2) Wiza, Karta Pobytu, inny dokument pobytowy (jaki)*: _____
- Nr _____, data ważności: _____, wydano dnia _____
- 3) Data pobytu: od _____ do _____

Informacje o wykształceniu, uprawnieniach zawodowych (Kolumna A)

Podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie ogólnokształcące śr. Zawodowe: 3letnie
 4letnie 5letnie; wyższe: magisterskie licencjackie inżynierskie
Zawód: _____

Dodatkowe, nieobowiązkowe (Kolumna B): Informacje o szkoleniach, kursach zawodowych:

Informacje o przebiegu zatrudnienia (Kolumna A)

Okres		Uzupełnić informację o: zatrudniającym (nazwa), prowadzonej działalności gospodarczej (nazwa, rodzaj), wskazać okresy objęcia z innego tytułu ubezpieczeniem społecznym, okres pobierania zasiłków dla bezrobotnych lub służby w Wojsku Polskim (podać informację: czy umowa o pracę, umowa zlecenie z ub. chorobowym/bez, działalność gospodarcza z FUS/bez FUS)	Stanowisko funkcja
Lp.	Daty od – do	OPIS	
1			
2			
3			

Oświadczenia poniższe są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A):

Jestem emerytem/rencistą: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Podmiot wydający świadczenie: (ZUS, KRUS, INNE): _____ Renta: stała/okresowa* od: _____ do: _____, powód przyznania: <input type="checkbox"/> niezdolności do samodzielnej egzystencji* <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy * <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy*	Numer świadczenia: _____ Załączono dowód: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	stopień niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny* data orzeczenia: _____	Załączono dowód: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	od: ____, do: ____	
Jestem inwalidą wojennym/wojskowym/kombatantem* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	numer legitymacji _____	Załączono dowód: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Informacja o powszechnym obowiązku obrony są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A)

Na podstawie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205) i aktów wykonawczych

Oświadczam, że posiadam nadany:

- 1) przydział mobilizacyjny/pracowniczy przydział mobilizacyjny/przydział organizacyjno-mobilizacyjny/przydział kryzysowy*

lub

- 2) zostałem(am) przeznaczony(a) do wykonania świadczenia na rzecz obrony, których świadczeniobiorcą są Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej*

lub

- 3) jestem osobą podlegającą obowiązkowi stawienia się do kwalifikacji wojskowej i nie stawilem(am) się do niej do końca roku kalendarzowego, w którym kończą dwadzieścia cztery lata życia*

Zaznaczając punkt 1-3 podaję imię ojca: _____

Informacje dla celów ubezpieczeń społecznych i podatkowych. (Kolumna B)

Dobrowolne, ale ich nie podanie spowoduje nienaliczenie należnych ulg, zwolnień i odprowadzenie składek społecznych w pełnej wysokości.

Jestem aktualnie uczniem studentem do 26r. życia: TAK NIE

Uczelnia: _____, rok studiów: _____, planowany rok ukończenia: _____

Jestem zatrudniony w innej firmie na podstawie umowy o pracę i osiągam przychód powyżej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę: TAK NIE

Nazwa zakładu pracy: _____, umowa do dnia: _____

Prowadzę działalność gospodarczą: TAK NIE

Nazwa: _____, NIP: _____ KRS: _____

Informacje dobrowolne (Kolumna B)

Niepodanie tych danych uniemożliwi realizację obowiązków zgłoszenia osób wspólnie zamieszkujących z pracownikiem do ubezpieczeń społecznych (dotyczy także zleceniobiorców, nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą).

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego nw. osób:

I)

1) imię: _____, nazwisko: _____

2) pokrewieństwo/powinowactwo: _____

3) PESEL _____, data urodzenia _____

4) stopień niepełnosprawności: _____, orzeczony do: _____

II)

1) imię: _____, nazwisko: _____

2) pokrewieństwo/powinowactwo: _____

3) PESEL _____, data urodzenia _____

4) stopień niepełnosprawności: _____, orzeczony do: _____

III)

1) imię: _____, nazwisko: _____

2) pokrewieństwo/powinowactwo: _____

3) PESEL _____, data urodzenia _____

4) stopień niepełnosprawności: _____, orzeczony do: _____

Członkowie rodziny ww. pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym: TAK NIE

Zamieszkują pod tym samym adresem co Ja: TAK NIE

-jeżeli NIE, to Osoba wskazana pod pkt.: _____, mieszka pod adresem: _____

Informacja dodatkowe, nieobowiązkowe (Kolumna B)

Kontakt w razie wypadku: imię: _____, nazwisko: _____, adres zamieszkania: _____, dane kontaktowe: _____;

1. Oświadczam, iż podane w kwestionariuszu dane osobowe są zgodne z prawdą; TAK NIE
2. zobowiązuje się poinformować Administratora o każdej zmianie tych danych; TAK NIE
3. rozumiem, że niepodanie faktycznych danych obowiązkowych może spowodować odmowę nawiązania umowy TAK NIE
4. podanie danych dobrowolnych nie wpłynie na realizację zawartej umowy i nie muszę ich podawać a w każdym czasie mogę te dane usunąć, zmienić lub uzupełnić TAK NIE

_____, dnia _____ czytelny podpis: _____