

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

NAZWISKO..... IMIONA.....

DATA URODZENIA PESEL

W przypadku braku nr PESEL - rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

WOJEWÓDZTWO.....

GINA..... POWIAT.....

ULICA..... NR DOMU..... NR LOKALU.....

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY.....

URZĄD SKARBOWY.....

ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.....

A. Obywatelstwo:.....

B. Ustalono prawo do renty: tak / nie
(podać nr decyzji i kto wypłaca).....

C. Ustalono prawo do emerytury: tak / nie
(podać nr decyzji i kto wypłaca).....

D. Orzeczony stopień niepełnosprawności:.....

E. Wykształcenie.....

.....
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....
(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

F. Czy obecne zatrudnienie jest pierwszą w życiu pracą pracownika: tak / nie

G. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia:

.....
.....
.....

(okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

H. Oświadczam, że nie jestem zarejestrowana/-ny jako osoba bezrobotna

I. Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, a także dane osobowe innych członków najbliższej rodziny, w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy.....
.....
.....

J. Członkowie rodziny do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego:

- imię i nazwisko.....
- PESEL.....
- adres zamieszkania.....
- czy ma orzeczoną niepełnosprawność (jaki stopień).....
- stopień pokrewieństwa.....
- czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym: tak / nie

K. Numer rachunku płatniczego, jeżeli pracownik nie złożył wniosku o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych.....

L. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku, jeżeli pracownik wyrazi zgodę na podanie danych osobowych takiej osoby
.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

.....
Data i podpis pracownika