

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

Imię (imiona) i nazwisko _____
Nazwisko rodowe _____
Data urodzenia _____ miejsce urodzenia _____
Posiadany stopień niepełnosprawności _____
Numer ewidencyjny PESEL _____ Obywatelstwo _____
Właściwy Urząd Skarbowy _____
Oddział NFZ _____
Imiona rodziców _____ Nazwisko rodowe matki _____

Miejsce zameldowania:

Kod pocztowy	poczta	miejsowość	ulica	Nr domu	Nr mieszk.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
województwo		gmina		powiat	
_____		_____		_____	

Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji), jeżeli jest inny niż adres zameldowania:

Kod pocztowy	poczta	miejsowość	ulica	Nr domu	Nr mieszk.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
województwo		gmina		powiat	
_____		_____		_____	

Stan rodzinny (podać w przypadku konieczności zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego)

imię i nazwisko	pokrewieństwo	data urodzenia	pesel	Stopień niepełnosprawności
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

_____ imię i nazwisko _____ Tel. osobisty _____ Tel. do pracy _____ Tel. domowy _____

Oświadczam, że podane przeze mnie dane, są zgodne z dowodem osobistym:

seria _____ nr _____ wydanym dnia _____
przez _____
lub innym dowodem tożsamości _____

(podpis pracownika)

Upoważniam pracodawcę oraz osoby upoważnione przez pracodawcę do przechowywania oraz przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych na potrzeby związane z zatrudnieniem.

(podpis pracownika)