

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

**Instrukcja wypełniania:**

wybór 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 <i>(podać informację: czy umowa o pracę, umowa zlecenie z ub. chorobowym/ bez, działalność gospodarczą z FUS/ bez FUS)</i>	Stanowisko funkcja
Lp.	Daty od – do	OPIS	
1			
2			
3			
4			

Oświadczenia poniższe są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A):		
<p>Jestem emerytem/rencistą:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>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*</p>	<p>Numer świadczenia:            _____            Załączono dowód:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>stopień niepełnosprawności:            lekki, umiarkowany, znaczny*            data orzeczenia: _____            od: ____, do: ____</p>	<p>Załączono dowód:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Jestem inwalidą wojennym/wojskowym /kombatantem*  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>numer legitymacji _____</p>	<p>Załączono dowód:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Informacja o powszechnym obowiązku obrony są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika. (Kolumna A)		
<p><i>Na podstawie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205) i aktów wykonawczych</i></p>		
<p>Oświadczam, że posiadam nadany:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przydział mobilizacyjny/pracowniczy przydział mobilizacyjny/przydział organizacyjno-mobilizacyjny/przydział kryzysowy*</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) zostałem(am) przeznaczony(a) do wykonania świadczenia na rzecz obrony, których świadczeniobiorcą są Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej*</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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*</li> </ol>		
<p><b>Zaznaczając punkt 1-3 podaję imię ojca: _____</b></p>		
Informacje dla celów ubezpieczeń społecznych i podatkowych. (Kolumna B)		
<p><i>Dobrowolne, ale ich nie podanie spowoduje nienaliczenie należnych ulg, zwolnień i odprowadzenie składek społecznych w pełnej wysokości.</i></p>		
<p>Jestem aktualnie <input type="checkbox"/> uczniem <input type="checkbox"/> studentem do 26r. życia: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span>  <i>Uczelnia: _____, rok studiów: _____, planowany rok ukończenia: _____</i></p> <p>Jestem zatrudniony w innej firmie na podstawie umowy o pracę i osiągam przychód powyżej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę: : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span></p> <p><i>Nazwa zakładu pracy: _____, umowa do dnia: _____</i></p> <p>Prowadzę działalność gospodarczą: : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span></p> <p><i>Nazwa: _____, NIP: _____ KRS: _____</i></p>		
Informacje dobrowolne (Kolumna B)		
<p><i>Niepodanie tych danych uniemożliwi realizację obowiązków zgłoszenia osób wspólnie zamieszkujących z pracownikiem do ubezpieczeń społecznych (dotyczy także zleceniobiorców, nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą).</i></p>		

**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)**

W razie wypadku proszę zawiadomić: imię: \_\_\_\_\_, nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_, dane kontaktowe: \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

- I)** Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Administratora w ramach realizacji swojego prawnie uzasadnionego interesu mojego **aktualnego zdjęcia** do stworzenia awatara na koncie użytkownika stosowanego w komunikacji elektronicznej np. poczcie e-mailowej.  TAK  NIE

Wyrażenia zgody jest dobrowolne, ale uniemożliwi wykonanie przez Administratora swojego prawnie uzasadnionego interesu i spowoduje rozwiązanie przez strony zawartej Umowy lub jej nie zawarcie.

**II)** Oświadczam, że:

- i) podane w kwestionariuszu dane osobowe są zgodne z prawdą;  TAK  NIE
- ii) zobowiązuje się poinformować Administratora o każdej zmianie tych danych;  TAK  NIE
- iii) rozumiem, że niepodanie faktycznych danych obowiązkowych może spowodować odmowę nawiązania umowy, jej wypowiedzenie lub niemożność zrealizowania uprawnień i obowiązków;  TAK  NIE

- III)** Oświadczam, że zostałem poinformowany, że 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, co nie wpływa na zgodność z prawem czynności dokonanych przed dniem cofnięcia mojej zgody.  TAK  NIE

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ czytelny podpis: \_\_\_\_\_