

## 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 o pracę, mogą być potrzebne do uzyskania dodatkowych uprawnień pracownika lub członków jego rodziny.

Dane osobowe zgodne z art. 22(1)§1 k.p. (Kolumna A)		
Imię:	Drugie imię:	Nazwisko:
Nazwisko rodowe:		Adres zamieszkania lub pobytu czasowego:
PESEL: _ _ _ _ _	Inny numer identyfikacyjny: _ _ _ _ _	Data urodzenia:
		Miejsce urodzenia:
		NIP: _ _ _ _ _ (podaję 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:	
<p><b>Obcokrajowcy</b> (spoza Unii Eu i EOG) obowiązkowo podają dane dotyczące legalności pobytu:</p> <p>1) Nr paszportu: _____, wydany przez: _____</p> <p>2) Wiza, Karta Pobytu, inny dokument pobytowy (jaki)*: _____ Nr ____/____, data ważności: _____, wydano dnia _____</p> <p>3) Data pobytu: od _____ do _____</p>			
<b>Informacje o wykształceniu, uprawnieniach zawodowych (Kolumna A)</b>			
<p>1) Wykształcenie: 1) podstawowe 2) gimnazjalne, 3) zawodowe, 4) średnie ogólnokształcące/zawodowe – 3letnie, 4letnie, 5letnie, 5) wyższe: magisterskie/licencjackie/inżynierskie</p> <p>Zawód: _____</p>			
<p><b>Dodatkowe, nieobowiązkowe (Kolumna B):</b> Informacje o szkoleniach, kursach zawodowych:</p> <p>_____</p>			
<b>Informacje o przebiegu zatrudnienia (Kolumna A)</b>			
<b>Okres zatrudnienia:</b>		<b>Uzupełnić informację o:</b> 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)	<b>Stanowisk o funkcja:</b>
Lp.	Daty od-do	Opis:	
1			
2			



3					
4					
<b>Oświadczenia poniższe są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A):</b>					
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: _____ od: ____, do: ____		Załączono dowód:  <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
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	
<b>Informacja o powszechnym obowiązku obrony są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika. (Kolumna A)</b> 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 stawiałem(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)



I) 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, WYRAŻAM ZGODĘ  
 NIE WYRAŻAM ZGODY

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

ii) **Oświadczam, że:**

- a) podane w kwestionariuszu dane osobowe są zgodne z prawdą;

- TAK, WYRAŻAM ZGODĘ  
 NIE WYRAŻAM ZGODY

- b) zobowiązuje się poinformować Administratora o każdej zmianie tych danych;

- TAK, WYRAŻAM ZGODĘ  
 NIE WYRAŻAM ZGODY

- c) rozumiem, że niepodanie faktycznych danych obowiązkowych może spowodować odmowę nawiązania umowy, jej wypowiedzenie lub niemożność zrealizowania uprawnień i obowiązków;

- TAK, WYRAŻAM ZGODĘ  
 NIE WYRAŻAM ZGODY

- 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, WYRAŻAM ZGODĘ  
 NIE WYRAŻAM ZGODY

Miejscowość: \_\_\_\_\_ dnia: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

