

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA		PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE POLA KWESTIONARIUSZA W POLACH, KTÓRE PAŃSTWA NIE DOTYCZĄ PROSIMY WSTAWIĆ KRESKĘ											
01. NAZWISKO		02. IMIĘ											
03. DRUGIE IMIĘ		04. NUMER PESEL											
05. NUMER NIP		06. ADRES: MIASTO I KOD											
07. ULICA I NR DOMU/MIESZK		08. POWIAT											
09. GMINA		10. IMIONA ORAZ DATY URODZENIA DZIECI											
a)		b)											
c)		11. WYKASZTAŁCENIE											
12. STAN CYWILNY		13. WŁAŚCIWY URZĄD SKARBOWY											
14. WŁAŚCIWY ODDZIAŁ NFZ		15. STOSUNEK DO POWSZECHNEGO OBOWIĄZKU OBRONY: PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X” WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ											
STOPIEN WOJSKOWY		POBOROWY <input type="checkbox"/> PRZENIESIONY DO REZERWY <input type="checkbox"/> NIE PODLEGA <input type="checkbox"/>											
16. OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU													
IMIĘ I NAZWISKO		ADRES											
NR TEL.													
OŚWIADCZENIE		SERIA I NR											
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W POLACH 01-04 SĄ ZGODNE Z DOWODEM OSOBISTYM		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
WYDANYM PRZEZ		DNIA											

DATA ZŁOŻENIA KWESTIONARIUSZA	PODPIS PRACOWNIKA
-------------------------------	-------------------

OŚWIADCZENIA	PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X” WŁAŚCIWE POLA
--------------	--

A. OŚWIADCZAM: - POBIERAM EMERYTURĘ: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - ŚWIADCZENIE PRZEDEMERYTALNE: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - ŻE POBIERAM RENTĘ: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŻELI TAK, PROSZĘ DOŁĄCZYĆ DOKUMENT ZUS	
NUMER DECYZJI	NAZWA ODDZIAŁU ZUS

B. OŚWIADCZAM, ŻE POSIADAM ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŻELI TAK, PROSZĘ UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE DANE:		
NUMER	DATA WYDANIA	STOPIEŃ NIEPEŁN.
C. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM PRACOWNIKEM ZAKŁADU PRACY: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES ZAKŁADU PRACY, ORAZ NA JAKI ETAT JEST ZAWARTA UMOWA O PRACĘ		
ADRES ZAKŁADU PRACY:		WYMIAR ETETU:
D. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM UCZNIEM / STUDENTEM : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŻELI TAK, PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ I ADRES SKOŁY		
ADRES SZKOŁY:		
E. STOSOWNIE DO USTAWY Z DNIA 20.04.2004R O PROMOCJI ZATRUDNIENIA I INSTYTUCJACH RYNKU PRACY oraz USTAWY Z DNIA 16 LIPCA 2006R. O OCHRONIE ROSZCZEŃ PRACOWNICZYCH W RAZIE NIEWYPŁACALNOŚCI PRACODAWCY <input type="checkbox"/> NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE W OKRESIE 30 DNI PRZED ZATRUDNIENIEM <input type="checkbox"/> POZOSTAWAŁEM(AM) <input type="checkbox"/> NIE POZOSTAWAŁEM(AM) W REJESTRZE BEZROBOTNYCH POWIATOWEGO URZĘDU PRACY		DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB, KTÓRE UKOŃCZYŁY 50 ROK ŻYCIA
F. OŚWIADCZAM, ŻE W DOKUMENTACH PERSONALNYCH ZŁOŻONE ZOSTAŁO ŚWIADECTWO PRACY, DOKUMENTUJĄCE USTANIE ZATRUDNIENIA W BIERZĄCYM ROKU KALENDARZOWYM <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
G. OŚWIADCZAM, ŻE MAM PEŁNĄ ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE POUCZENIE: Pełną zdolność do czynności prawnych nabywa się z chwilą uzyskania pełnoletniości. W szczególności nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych osoby ubezwłasnowolnione całkowicie i częściowo. Osoba może być ubezwłasnowolniona na podstawie sądowego postanowienia orzekającego, jeżeli w skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa i narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem lub jest jej potrzebna pomoc do prowadzenia spraw.		DOTYCZY WYŁĄCZNIE PRACOWNIKÓW OCHRONY
H. OŚWIADCZAM, ŻE W ZWIĄZKU Z WYCHOWYWANIEM DZIECKA (DZIECI) W WIEKU DO LAT 4 <input type="checkbox"/> WYRAŻAM ZGODĘ <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY NA ZATRUDNIENIE W WYMIARZE CZASU PRZEKRACZAJĄCYM 8 GODZIN NA DOBĘ (art. 148 pkt.3 K.P.)		
I. OŚWIADCZAM, ŻE W ZWIĄZKU Z WYCHOWYWANIEM DZIECKA (DZIECI) W WIEKU DO LAT 4 <input type="checkbox"/> WYRAŻAM ZGODĘ <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY NA ZATRUDNIENIE W GODZINACH NADLICZBOWYCH, PORZE NOCNEJ, W SYSTEMIE PRZERYWANEGO CZASU PRACY ORAZ DELEGOWANIA		
J. OŚWIADCZAM, ŻE W ZWIĄZKU Z WYCHOWYWANIEM DZIECKA (DZIECI) W WIEKU DO LAT 4 <input type="checkbox"/> WYRAŻAM ZGODĘ <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY KORZYSTAĆ Z UPRAWNIENIA OKREŚLONEGO W ART. 188K.P. T.J. ZWOLNIENIA OD PRACY NA DWA DNI W ROKU KALENDARZOWYM ZACHOWANIEM PRAWA DO WYNAGRODZENIA.		

 IMIĘ I NAZWISKO
 OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIA

 DATA

 PODPIS
 OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE