

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię (imiona)

Imiona rodziców

Data urodzenia i miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo

Numer ewidencji (PESEL)

Numer paszportu

Miejsce zameldowania

Kod pocztowyMiejscowość.....

Województwo

Ulica

Numer domu i lokalu

Miejsce zamieszkania

Kod pocztowyMiejscowość.....

Województwo

Ulica

Numer domu i lokalu

Stan rodziny (imię, nazwisko – stopień pokrewieństwa)

.....

.....

.....

.....

Przynależność do Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa)

Właściwy Urząd Skarbowy

Orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności

Otrzymywane świadczenia (renta, emerytura, zasiłek)

Powszechny obowiązek obrony

Stosunek do powszechnego obowiązku obrony

Numer książeczki wojskowej

Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 4 i 5 są zgodne z dowodem osobistym seria

nr wydanym przez

albo innym dowodem tożsamości

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach procesu zatrudnienia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)".

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)