**Kwestionariusz osobowy dla pracownika**

1. Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………….……………………..
2. Nazwisko rodowe ……………………………………………………….……………..
3. Imiona rodziców ……………………………………………………………………….
4. Data i miejsce urodzenia ...……………………………………..……..……………..
5. Obywatelstwo …………………………………………………………………………
6. Numer ewidencyjny PESEL …………………………………………………………..
7. Przynależność do NFZ: ……………………………………………………………….
8. Adres zameldowania/zamieszkania

Kod ……………… Miejscowość …………………Gmina …………………

Ulica ……………………………Nr domu i mieszkania ………………………….

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania/zameldowania)

Kod ……………… Miejscowość …………………Gmina …………………

Ulica ………………………………Nr domu i mieszkania ………………………….

1. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego właściwego dla pracownika:…………………..

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Wykształcenie …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

1. Wykształcenie uzupełniające ………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

1. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia ……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania (np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera) ……………………………….

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. Stan rodzinny …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

(imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

1. Powszechny obowiązek obrony:
   1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony ……………………………………..
   2. stopień wojskowy ………………………………………………………………………
   3. okres służby wojskowej ………………………………………………………………..
2. Mam ustalone prawo do emerytury / renty ………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

1. Posiadam lekki / umiarkowany / znaczny stopień niepełnosprawności ……………

………………………………………………………………………………………….

Nr decyzji ……………………………………………………………………………..

1. Prowadzę działalność gospodarczą ……………………………………………………
2. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku …………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, adres, telefon)

1. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3 i 5 są zgodne z dowodem osobistym seria ……… nr ……… wydanym przez …………………………………………… lub innym dowodem tożsamości ……………………………………………………

.......................................................................

*(miejscowość i data, podpis pracownika)*