

**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: _____<br>Inny numer identyfikacyjny:<br>_____ | Data urodzenia:  | Miejsce urodzenia: |
|  | NIP: _____<br>(podają osoby prowadzące działalność gospodarczą i obcokrajowcy, jeżeli posiadają) |                    |
| Adres zameldowania (opcjonalnie):                    | Adres korespondencyjny (opcjonalnie):  |                    |
| Dane kontaktowe ( <b>konieczne</b> ) numer telefonu: | Dane kontaktowe (dobrowolne):<br>e-mail: _____, 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;  Tytuł naukowy: \_\_\_\_\_  
 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<br>(podać informację: czy umowa o pracę, umowa zlecenie z ub. chorobowym/bez, działalność gospodarcza z FUS/bez FUS) | Stanowisko funkcja |
|-------|--|--------------------|
| Lp.   | Daty od – do   | OPIS               |
| 1     |  |                    |
| 2     |  |                    |
| 3     |  |                    |

**Oświadczenia poniższe są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A):**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Jestem emerytem/rencistą:<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Podmiot wydający świadczenie:<br>( <input type="checkbox"/> ZUS, <input type="checkbox"/> KRUS, <input type="checkbox"/> INNE): _____<br>Renta: <input type="checkbox"/> stała/ <input type="checkbox"/> okresowa* od: _____ do: _____,<br>powód przyznania:<br><input type="checkbox"/> niezdolności do samodzielnej egzystencji*<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy *<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy* | Numer świadczenia:<br>_____<br>Załączono dowód:<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:  | stopień niepełnosprawności:<br><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> znaczny*  | Załączono dowód:<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                |

|  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  | data orzeczenia: _____, do: ____ |   |
| Jestem inwalidą wojennym/wojskowym/kombatantem*<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | numer legitymacji _____          | Załączono dowód:<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

**Informacja o powszechnym obowiązku obrony są obowiązkowe, jeżeli dotyczą pracownika (Kolumna A)**

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 stawilem(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 w dacie zawarcia umowy  uczniem  studentem do 26r. życia:  TAK  NIE  
 Uczelnia: \_\_\_\_\_, rok studiów: \_\_\_\_\_, planowany rok ukończenia: \_\_\_\_\_  
 W planowanym okresie zatrudnienia będę  uczniem  studentem do 26r. życia:  TAK  NIE  
 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: \_\_\_\_\_

**PROSZĘ O OBJĘCIE MNIE DOWOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM CHOROBYM:**

TAK  NIE

**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)**  TAK  NIE

- 1) imię: \_\_\_\_\_, nazwisko: \_\_\_\_\_  
 2) pokrewieństwo/powinowactwo: \_\_\_\_\_  
 3) PESEL \_\_\_\_\_, data urodzenia \_\_\_\_\_  
 4) stopień niepełnosprawności: \_\_\_\_\_, orzeczony do: \_\_\_\_\_

**II)**  TAK  NIE

- 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)**

**Kontakt w razie wypadku:** imię: \_\_\_\_\_, nazwisko: \_\_\_\_\_, adres zamieszkania: \_\_\_\_\_, dane kontaktowe: \_\_\_\_\_;

1. Oświadczam, iż podane w kwestionariuszu dane osobowe są zgodne z prawdą;  TAK  NIE  
 2. **zobowiązuje się poinformować Administratora o każdej zmianie tych danych;**  TAK  NIE  
 Rozumiem, że niepodanie faktycznych danych obowiązkowych może spowodować odmowę nawiązania umowy. Podanie danych dobrowolnych nie wpłynie na realizację zawartej umowy a w każdym czasie mogę te dane usunąć, zmienić lub uzupełnić

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ czytelnym podpis: \_\_\_\_\_