

Kwestionariusz osobowy

1. Imię (imiona) i nazwisko a) nazwisko rodowe..... b) imiona rodziców.....			
2. Data i miejsce urodzenia		3. Obywatelstwo	
4. Numer ewidencyjny (PESEL)		5. Numer (NIP) – tylko w przypadkach określonych ustawą o identyfikacji podatkowej (np. prowadzenie działalności gospodarczej, czynny podatnik VAT, itp)	
6. Miejsce zamieszkania <div style="text-align: center;">(dokładny adres)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (adres zameldowania jeśli inny niż zamieszkania) (telefon) </div>			
7. Wykształcenie - nazwa szkoły i data ukończenia			
Zawód	Specjalność	Stopień	Tytuł zawodowy - naukowy
8. Wykształcenie uzupełniające, podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania			
9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (i okresy pobierania zasiłku dla bezrobotnych)			
okres		Nazwa i adres pracodawcy	Stanowisko
Od dnia	Do dnia		
10. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania			
Znajomość języków obcych			
Prawo jazdy, obsługa komputera, inne umiejętności			
.....			

11. Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny: Stan rodzinny (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

Imię i Nazwisko	PESEL	Data	Adres jeśli inny niż pracownika

12. Oświadczam że,

- mam ustalone prawo do emerytury: NIE*, TAK*
- mam ustalone prawo do renty: NIE*, TAK*
 - stopień niepełnosprawności: LEKKI*, UMIARKOWANY*, ZNACZNY*

Upoważniam płatnika składek do podpisania elektronicznie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych ZUA w moim imieniu na podstawie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu

13. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

14. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4, i 6 są zgodnie z dowodem osobistym nr

wydanym przez

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby przyjmującej kwestionariusz)

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić