

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko

a) nazwisko rodowe

b) imiona rodziców ojciec matka

c) nazwisko rodowe matki

2. Data i miejsce urodzenia

3. Numer ewidencyjny (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

--	--	--	--	--	--	--	--

5. Stan rodzinny (imiona i nazwisko oraz daty urodzenia)

dzieci: a) data urodzenia

b) data urodzenia

c) data urodzenia

d) data urodzenia

6. Miejsce zameldowania

.....
(ulica) (nr domu, mieszkania)

.....
(kod) (miejscowość, gmina) (telefon)

Miejsce zamieszkania

.....
(ulica) (nr domu, mieszkania)

.....
(kod) (miejscowość, gmina) (telefon)

Adres do korespondencji

.....
(ulica) (nr domu, mieszkania)

.....
(kod) (miejscowość, gmina) (telefon)

7. Wykształcenie

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

8. Wykształcenie uzupełniające

(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

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

(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

10. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania

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

(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)

11. Powszechny obowiązek obrony

- a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony
- b) stopień wojskowy..... numer specjalności wojskowej
- c) przynależność ewidencyjna do WKU
- d) numer książeczki wojskowej
- e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP

12. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)

.....
.....

13. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-3 oraz w pkt. 6 są zgodne z dowodem osobistym

serianr wydanym przez

..... w dnia

albo innym dowodem tożsamości

.....
.....

14. Oświadczam, że należę doOddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
podać nazwę

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)