## **KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA**

1. Imię (imiona) i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………....
2. Imię ojca…………………………………………………………………………………………………………….………………………….….
3. Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………..………………………….…….
4. Państwo urodzenia (dla cudzoziemców): …………………………………………………………………………………..……..
5. Obywatelstwo: ………………………………………………………………………..…………………………………………………….…
6. Numer PESEL ( a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. Numer identyfikacji podatkowej (NIP): ………………………………………...……………………………………….…………..
8. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………...…..
9. Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, a także dane osobowe innych członków najbliższej rodziny, w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy (np. zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności) …………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………
11. Wykształcenie ……………………………………………………………………………………………………………….…………………..

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..

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

1. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (z tytułu umów o pracę) …………………………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Od | Do | Nazwa Zakładu Pracy | Stanowisko |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

1. Powszechny obowiązek obrony:
2. stopień wojskowy
3. przynależność ewidencyjna do WKU
4. przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP
5. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

 ...........................................................................nr tel...........................................................

…………………………………….. …………………………………………..

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)