**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**PRACOWNIKA UPH**

1. Imię (imiona) i nazwisko …………......................…..................................…...…...................
2. Data urodzenia .......................................................…...............................................……….
3. Obywatelstwo ………………………………………...…………………………………….………
4. Numer ewidencyjny PESEL lub rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości, jeżeli nie został nadany numer PESEL: ……………………………………………………………………………

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

1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) ......………..………………….……...…………….…….
2. Adres zamieszkania:

 ulica/numer domu/numer mieszkania: ………………..…...……………………….…...………

 miejscowość: ……..…………………………………kod pocztowy: …...……….……..….……

 gmina: ………………………., powiat:……...……………….., województwo: ………………..

7. Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy …………………………………………………………………………………………………………

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

8. Wykształcenie ..............................................................................................................................................

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

.(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

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

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

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

9. Wykształcenie uzupełniające, posiadane kwalifikacje zawodowe …..………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

10. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Okres zatrudnienia od - do | Nazwa pracodawcy | Miejscowość | Zajmowane stanowisko |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |

Na podstawie udokumentowanego powyżej stażu pracy zostaną ustalone przysługujące pracownikowi uprawnienia tj: wymiar urlopu wypoczynkowego, wysokość dodatku za staż pracy, prawo do nagrody jubileuszowej.

11. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych

Pobieram/nie pobieram\* rentę/emeryturę\* przyznaną przez ………………………….……… ……………………………………………, nr renty/ emerytury …………………………………..

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

12. Stan rodzinny (podawany jest w celu ustalenia uprawnień do świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz ew. zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego proszę wypełnić odpowiedni formularz ZUS)

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

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

……………………………………………………………………………………………………………

(imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, imię i nazwisko małżonka)

13. Dane osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku: imię i nazwisko oraz numer telefonu.....................................................................................................................................................................………………………………………………………….………………………

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1-12 są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego podania informacji o zmianie danych zawartych w powyższym kwestionariuszu.

………………………………… …………………………..………………..

 (miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)

Potwierdzam, że dane podane w pkt 1-4 ustaliłam/ustaliłem na podstawie okazanego dowodu osobistego/ innego dokumentu tożsamości ……………………………., seria:………, numer: ………………………………, wydany dnia …………………..przez …………………….. ….…………………………………...............................................................................................

Siedlce, dnia …………………… …………………….……………………………………

 (podpis pracownika Działu Spraw Pracowniczych)

\*niepotrzebne skreślić