# 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:
5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)
6. Adres zamieszkania:

ulica/numer domu/numer mieszkania:

miejscowość: kod pocztowy:

gmina: , powiat: , województwo:

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

1. Wykształcenie

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

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

1. Wykształcenie uzupełniające, posiadane kwalifikacje zawodowe

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

1. 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.

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

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

1. 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)

1. 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