KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko	
2. Adres zamieszkania	
3. Numer PESEL (a w przypadku braku PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)	

4. Dane dzieci i innych członków najbliższej rodziny - tylko jeżeli są konieczne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo / dane potrzebne do uprawnienia

5. Wykształcenie i przebieg dotychczasowego zatrudnienia

Wykształcenie (jeżeli nie było podstawy do jego żądania na etapie rekrutacji):

Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (jeżeli nie było podstawy do jego żądania na etapie rekrutacji):

6. Inne okresy zaliczane do stażu pracy na podstawie art. 302¹ Kodeksu pracy - jeżeli pracownik chce je uwzględnić

Okres	Rodzaj aktywności zaliczanej do stażu	Dokument

Dotyczy m.in. określonych okresów prowadzenia działalności gospodarczej, wykonywania umów zlecenia / agencyjnych lub innych okresów wskazanych w art. 302¹ KP. Okresy podlegające potwierdzeniu przez ZUS należy udokumentować właściwym zaświadczeniem z eZUS; inne okresy - dokumentem wymaganym przez przepisy.

7. Oświadczenie do celów ubezpieczeń społecznych / kodu tytułu ubezpieczenia

[ ] nie mam ustalonego prawa do emerytury ani renty [ ] mam prawo do emerytury [ ] mam prawo do renty

Stopień niepełnosprawności (jeżeli dotyczy i informacja jest potrzebna do realizacji obowiązków lub uprawnień): [ ] brak [ ] lekki [ ] umiarkowany [ ] znaczny [ ] bezterminowo [ ] do: .....

8. Osoba do zawiadomienia w razie wypadku - dane podawane dobrowolnie

Imię i nazwisko:		Telefon / inne dane kontaktowe:	

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA - DANE DO ZUS, WYPŁAT I OŚWIADCZENIA

9. Członkowie rodziny do zgłoszenia / wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZCNA)

Imię i nazwisko	PESEL / data urodzenia lub dokument*	Pokrew.	Wspólne gosp.	Stopień niepełn.	Od / do

* Jeżeli członek rodziny nie ma numeru PESEL, należy podać datę urodzenia oraz - gdy jest to wymagane do zgłoszenia - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Jeżeli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż pracownika, należy podać go poniżej.

Inny adres zamieszkania członka rodziny (imię i nazwisko + adres):

Pracownik zobowiązuje się niezwłocznie przekazać informacje konieczne do zgłoszenia albo wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminach wynikających z przepisów.

10. Sposób wypłaty wynagrodzenia

[ ] Proszę o przekazywanie wynagrodzenia i innych należności ze stosunku pracy na rachunek płatniczy:

[ ] Składam / złożę odrębny wniosek o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych.

11. Przekazywanie informacji PIT-11

[ ] Wnoszę o przekazywanie mi informacji PIT-11 drogą elektroniczną na adres e-mail:

[ ] Nie wnoszę o przekazywanie PIT-11 e-mailem.

12. Potwierdzenia

[ ] Potwierdzam, że udostępniono mi tekst przepisów dotyczących równego traktowania w zatrudnieniu, o których mowa w art. 94^1 Kodeksu pracy.

[ ] Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych pracownika.

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się niezwłocznie informować pracodawcę o zmianach danych, jeżeli mają one wpływ na prawidłową realizację obowiązków pracodawcy lub moich uprawnień wynikających ze stosunku pracy. Na żądanie pracodawcy przedłożę dokumenty niezbędne do potwierdzenia danych i okresów mających wpływ na uprawnienia pracownicze - wyłącznie w zakresie niezbędnym do ich potwierdzenia.

Dane dotyczące niepełnosprawności, stanu zdrowia lub innych szczególnych kategorii danych są przekazywane i przetwarzane wyłącznie w przypadkach dopuszczonych prawem oraz w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków lub uprawnień wynikających z przepisów.

Miejscowość i data: _____ Podpis pracownika: _____

Podstawa zakresu danych: art. 22^1, art. 22^1a-22^1b i art. 302^1 Kodeksu pracy oraz przepisy ubezpieczeniowe, podatkowe i inne przepisy szczególne właściwe dla zatrudnienia.