

Kwestionariusz osobowy

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Dane osobowe:

Nazwisko		PESEL	
Pierwsze imię		Data urodzenia	
Drugie imię		Miejsce urodzenia	
Imię matki		Obywatelstwo	
Imię ojca		Nr tel. kontaktowego	

2. Adres zameldowania:

Kraj		Nr domu	
Województwo		Nr mieszkania	
Powiat		Miejscowość	
Gmina		Kod pocztowy	
Ulica		Poczta	

3. Adres zamieszkania (zgłoszony w Urzędzie Skarbowym):

Kraj		Nr domu	
Województwo		Nr mieszkania	
Powiat		Miejscowość	
Gmina		Kod pocztowy	
Ulica		Poczta	

4. Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy jest inny, niż w punkcie 3):

Kraj		Nr domu	
Województwo		Nr mieszkania	
Powiat		Miejscowość	
Gmina		Kod pocztowy	
Ulica		Poczta	

5. Pozostałe dane:

Nazwa i adres urzędu skarbowego _____

Dane osoby, którą należy powiadomić w razie potrzeby _____, nr tel. _____

6. Dane dla celu ubezpieczenia zdrowotnego:

	Tak*	Nie*
Jestem rencistą		
Jestem emerytem		
Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności		

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia _____

Orzeczony stopień niepełnosprawności _____

Dane członków rodziny, których chcę zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego:

Imię		Stopień pokrewieństwa	
Nazwisko		Stopień niepełnosprawności	
Data urodzenia		Adres zamieszkania	
PESEL		Data (od kiedy ubezpieczyć)	

Imię		Stopień pokrewieństwa	
Nazwisko		Stopień niepełno	
Data urodzenia		Adres zamie	
PESEL		Data (od kiedy ubezpieczyć)	

7. Dane dla celu ubezpieczenia społecznego:

Informuję, iż jestem już objęty(-a) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu:

	Tak*	Nie*
Stosunku pracy		
Wykonywania umowy zlecenia u innego zleceniodawcy		
Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej		
Członkostwa spółdzielni		
Stosunku służby w Policji, Wojsku Polskim, Straży Granicznej itp.		
Innego tytułu (podać jaki _____)		

7a)

Informuję, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) z wyżej podanego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na miesiąc jest wyższa**, równa**, niższa** od kwoty minimalnego wynagrodzenia.

7b)

Informuję, iż została**, nie została**, przy obliczaniu bieżącego wynagrodzenia będzie** przekroczona u mnie roczna podstawa składek emerytalno-rentowych.

7c)

Wnoszę**, nie wnoszę** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/ chorobowym.

7d)

Informuję, iż jestem**, nie jestem** studentem/ uczniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem (-am) 26 lat.

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane przeze mnie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajeniem.

Zobowiązuję się w przeciągu 7 dni kalendarzowych poinformować Pracodawcę/Zleceniodawcę o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz biorę na siebie odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Oświadczam, iż cała treść niniejszego kwestionariusza została przeze mnie zrozumiana.

.....
(podpis pracownika/zleceniobiorcy)

Informacje na temat umowy – WYPEŁNIA PRACODAWCA (ZLECENIODAWCA)

rodzaj umowy..... okres trwania umowy (od,do)

stanowisko..... wynagrodzenie brutto..... wymiar czasu pracy

wynagrodzenie płatne**: gotówką / przelewem, wynagrodzenie płatne**: do 30. danego miesiąca / do 10. następnego miesiąca

Czy istnieje stopień pokrewieństwa z pracownikiem? (jeżeli tak, podać jaki)

.....
(podpis pracodawcy/zleceniodawcy)

* wstawić X w odpowiedniej rubryce

** niewłaściwe skreślić