

Kwestionariusz osobowy ZLECENIOBIORCY

1. Imię (imiona) i nazwisko :
2. Imiona rodziców :
3. Data i miejsce urodzenia :
4. Numer pesel :
5. Obywatelstwo :
6. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji)

7. Urząd skarbowy właściwy dla Zleceniobiorcy – zgodny z adresem zamieszkania :

Nazwa urzędu skarbowego :

Ulica :

Kod pocztowy :Miejscowość :

8. Kasa chorych, do której przynależy Zleceniobiorca :

9. Oświadczam, że jestem :

Studentem TAK NIE

Emerytem TAK NIE

Rencistą TAK NIE

W przypadku odpowiedzi na TAK (dotyczy rencisty) należy podać :

Renta z tytułu niezdolności do pracy	<input type="checkbox"/>
Renta rodzinna	<input type="checkbox"/>
Renta socjalna	<input type="checkbox"/>
Inna	<input type="checkbox"/>

Stopień niepełnosprawności : lekki umiarkowany znaczny uzyskany do 16 roku życia

Renta przyznana na okres od.....do.....

Nr decyzji / orzeczenia :wydanej przez :

Czy istnieje osoba pozostająca na utrzymaniu pracownika, która ma zostać objęta ubezpieczeniem zdrowotnym :

TAK NIE

(dzieci, mąż, żona, matka, ojciec – może podlegać pod ubezpieczenie zdrowotne tylko u jednego zatrudnionego)
Jeśli TAK wypełnij poniższą tabelkę.

Lp.	Rodzaj pokrewieństwa	Nazwisko i imię	Data urodzenia
1			
2			
3			

* właściwie zaznaczyć

10. Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku :

Nazwisko i imię :telefon :

11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1–4 są zgodne z dowodem osobistym/paszportem :

Seria.....Nr.....wydanym przez

12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z zatrudnieniem zgodnie z ustawą z dnia 29-08-1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U Nr 133, poz. 883 z póź. zm.)

13. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania pracodawcy o wszelkich zmianach moich danych podanych w kwestionariuszu osobowym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Zleceniobiorcy)