

# Kwestionariusz osobowy pracownika

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 pracownika – zgodny z adresem zamieszkania :

Nazwa urzędu skarbowego : .....

Ulica : .....

Kod pocztowy : .....Miejscowość : .....

8. Kasa chorych do której przynależy pracownik : .....

9. Oświadczam, że jestem :

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			
4			
5			
6			

\* właściwe zaznaczyć

