

# **ANKIETA PERSONALNA DLA PRACOWNIKA**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>Nazwisko</b>		<b>Nazwisko rodowe</b>	
<b>Imię</b>		<b>Imię 2</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>PESEL</b>	
<b>Obywatelstwo</b>		<b>Nr. Dow. Tożsamości</b>	

<b>Dane kontaktowe</b>	
<b>Nr telefonu</b>	
<b>Adres email</b>	

<b>Adres zamieszkania oficjalnie zgłoszony do US</b>	
<b>Ulica, nr domu, mieszkania</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy, poczta</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	

.....  
(data i podpis pracownika)

<b>Dane dobrowolne</b>	
<b>Dane kontaktowe osoby, którą należy poinformować w razie wypadku (IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, NR TELEFONU)</b>	
<b>Informacje o Urzędzie Skarbowym pracownika (NAZWA URZĘDU, NR, ADRES)</b>	

.....  
(data i podpis pracownika)

## DANE DO ZGŁOSZENIA DO ZUS

<b>Proszę o podanie nazwy Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego Pan/Pani należy:</b>	
<b>Stopień niepełnosprawności, jeśli dotyczy:</b>	
<b>Kod stopnia niepełnosprawności:</b> <input type="checkbox"/> 1 – osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> 2 – osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> 3 – osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> 4 – osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	
<b>Załączam kserokopię orzeczenia (obowiązkowe)</b>	
<b>Prawo do emerytury lub renty, jeśli dotyczy:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Tak - Załączam kserokopię decyzji o przyznaniu świadczenia (obowiązkowe)</b>	

.....  
(data i podpis pracownika)

### Członkowie rodziny podlegający zgłoszeniu do Narodowego Funduszu Zdrowia

1			
<b>Nazwisko</b>		<b>Imię</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>Nr PESEL</b>	
<b>Stopień pokrewieństwa</b>			
<b>Adres zamieszkania</b> (proszę wpisać, jeżeli adres zamieszkania osoby na utrzymaniu jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)			
<b>Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>		
<b>Czy ma orzeczoną stopień niepełnosprawności? Jaki?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak, .....</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>		
2			
<b>Nazwisko</b>		<b>Imię</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>Nr PESEL</b>	
<b>Stopień pokrewieństwa</b>			
<b>Adres zamieszkania</b> (proszę wpisać, jeżeli adres zamieszkania osoby na utrzymaniu jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)			
<b>Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>		
<b>Czy ma orzeczoną stopień niepełnosprawności? Jaki?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak, .....</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>		

3			
<b>Nazwisko</b>		<b>Imię</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>Nr PESEL</b>	
<b>Stopień pokrewieństwa</b>			
<b>Adres zamieszkania</b> (proszę wpisać, jeżeli adres zamieszkania osoby na utrzymaniu jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)			
<b>Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
<b>Czy ma orzeczony stopień niepełnosprawności? Jaki?</b>	<input type="checkbox"/> Tak,..... <input type="checkbox"/> Nie		

W przypadku większej ilości członków rodziny, podlegających zgłoszeniu do Narodowego Funduszu Zdrowia proszę wypełnić dodatkowy formularz

Potwierdzam zgodność powyższych danych. W przypadku zmian zobowiązuję się do ich aktualizacji.

.....  
Data i podpis pracownika

<b><u>Oświadczenie w sprawie korzystania z uprawnień związanych z rodzicielstwem (niewłaściwe skreślić)</u></b>	
Oświadczam, że podczas zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> <b>będąc opiekunem dziecka do lat 14, będę / nie będę*</b> korzystać z uprawnienia do 2 dni / ..... godzin wolnych w roku kalendarzowym (art. 188 K.p.),	
<input type="checkbox"/> <b>będąc opiekunem dziecka do lat 4 / nie dotyczy*:</b> - wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na pracę powyżej 8 godzin na dobę (dot. systemu równoważnego czasu pracy, systemu pracy w ruchu ciągłym, systemu skróconego tygodnia pracy, systemu pracy weekendowej) w dniach przedłużonego dziennego wymiaru czasu pracy (art. 148 pkt 3 K.p.),	
<input type="checkbox"/> <b>będąc opiekunem dziecka do lat 8 / nie dotyczy*:</b> - wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na pracę w godzinach nadliczbowych (art. 178 § 2 K.p.), - wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na pracę w porze nocnej (art. 178 § 2 K.p.), - wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na pracę w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178 § 2 K.p.), - wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na delegowanie poza stałe miejsce pracy (art. 178 § 2 K.p.).	

<b>Dzieci</b> (Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia)	
--	--

.....  
Data i podpis pracownika

### Informacja o wynagrodzeniu

#### **Numer rachunku płatniczego właściwego do wypłaty wynagrodzenia za pracę.**

Poniżej wskazuję numer rachunku płatniczego, na który Pracodawca będzie przekazywał należne mi wynagrodzenie za pracę, zasiłki z ubezpieczenia społecznego i inne należności wynikające ze stosunku pracy:

Nr \_\_\_\_\_

Obsługiwany przez Bank .....

#### **Zgoda na wypłatę wynagrodzenia w gotówce.**

Poniżej wyrażam chęć otrzymywania wynagrodzenia do rąk własnych w formie gotówkowej:

Niniejszym wyrażam zgodę na wypłacenie mi mojego wynagrodzenia w gotówce począwszy

od miesiąca ..... r.

.....  
Data i podpis pracownika

### Wykształcenie i przebieg pracy zawodowej

#### **Poniżej załączam kserokopie:**

- Świadectw(a) Pracy
- Świadectw(a) ukończonej szkoły – Uczelni/Szkoły średniej/Szkoły zawodowej

Liczba sztuk dokumentów

**Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i zobowiązuję się do ich aktualizacji.**

.....  
Data i podpis pracownika

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych osobowych przekazanych za pomocą niniejszego formularza jest

.....  
(pracodawca - nazwa firmy).

- Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - ułatwienia realizacji obowiązków podatkowych ciążących na pracodawcy jako na płatniku składek ZUS, PIT;
  - poinformowania o wypadku.
- Podstawą przetwarzania danych osobowych są jest zgoda Pracownika lub osoby, która ma być poinformowana o wypadku. Zgoda jest wyrażona poprzez podanie danych ww. osób. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
- Dostęp do danych mają upoważnieni przez pracodawcę pracownicy.
- Dane osobowe będą przechowywane do zakończenia stosunku pracy przez pracodawcę
- Przysługuje Państwu prawo do:
  - żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz do przeniesienia danych;
  - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie poprzez złożenie stosownego oświadczenia o wycofaniu zgody w dziale personalnym swojej lokalizacji. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed wycofaniem zgody;
  - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych dotyczącej spraw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
- Dane osobowe nie będą wykorzystywane do profilowania, ani podejmowania zautomatyzowanych decyzji.
- W celu uzyskania szczegółowych informacji lub wniesienia żądań dotyczących przetwarzania danych osobowych mogą Państwo skontaktować się z pracodawcą

.....  
**Data i podpis pracownika**