**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA**

|  |
| --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko ............................................................................................................................................................ a) nazwisko rodowe .............................................................................................................................................................b) imiona rodziców ojciec ............................................................ matka ..........................................................................c) nazwisko rodowe matki ............................................................................................................................................................ |
| 2. Data i miejsce urodzenia  |
| 3. Numer ewidencyjny (PESEL) | 4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) |
| 5. Stan rodzinny ( imiona i nazwisko oraz daty urodzenia) dzieci: a) ................................................... data urodzenia ………………………………  b) …………………………………. data urodzenia …………………………….. c) ………………………………… data urodzenia ……………………………. d) ………………………………… data urodzenia …………………………….  |
| 6. **Miejsce zameldowania** …………………………………….. ……………………………………… *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ……………………………… ………………………………………………. …………………………… *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)* **Miejsce zamieszkania** …………………………………. ……………………………………. *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ……………………………… ………………………………………………. …………………………… *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)* **Adres do korespondencji**  ……………………………………. ……………………………………. *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ……………………………… ………………………………………………. …………………………… *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)* **Adres do PIT** …………………………………… ……………………………………… *(ulica) (nr domu, mieszkania)* ……………………………... …………………………………………… ……………………………*(kod) (miejscowość, gmina/dzielnica) (telefon)*  |
| 7. Powszechny obowiązek obrony1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony .........................................................................................................................
2. stopień wojskowy.......................................................... numer specjalności wojskowej ..........................................................
3. przynależność ewidencyjna do WKU .......................................................................................................................................
4. numer książeczki wojskowej .....................................................................................................................................................
5. przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP ............................................................................................................................
 |
| 8. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon) ............................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................. |
| 9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-3 oraz w pkt. 6 są zgodne z dowodem osobistym seria ...................nr ........................................ wydanym przez ........................................................................................................ .................................................................. w ...........................................................dnia ................................................................ albo innym dowodem tożsamości ...................................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................. |
| 10. Oświadczam, że należę do ……………………………………..Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.  podać nazwę |

.................................................. ..................................................................

 *(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)*