

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko:	
2. Data urodzenia i nr PESEL: w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
3. Adres zameldowania:	
4. Adres zamieszkania:	
5. Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania:	

6. Stan rodzinny (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci) w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy:

--

7. Wykształcenie (nazwa szkoły, rok ukończenia, zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy/naukowy):

--

Oświadczam, iż dobrowolnie i świadomie powierzam dane osobowe zawarte w pkt. 7 i jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzupełnienia wykształcenia.

Tak/Nie*

*proszę zakreślić właściwą odpowiedź

8. Przebieg zatrudnienia (wszystkie okresy zatrudnienia oraz zajmowane stanowiska):

--

9. Dodatkowe kwalifikacje
(tylko związane z podejmowanym stanowiskiem, znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera):

--

P L

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

--

--

--

01R	DOLNOŚLĄSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA WE WROCŁAWIU
02R	KUJAWSKO-POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W BYDGOSZCZY
03R	LUBELSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W LUBLINIE
04R	LUBUSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W ZIELONEJ GÓRZE
05R	ŁÓDZKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W ŁODZI
06R	MAŁOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KRAKOWIE
07R	MAZOWIECKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W WARSZAWIE
08R	OPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W OPOLU
09R	PODKARPACKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W RZESZOWIE
10R	PODLASKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W BIAŁYMSTOKU
11R	POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W GDAŃSKU
12R	ŚLĄSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KATOWICACH
13R	ŚWIĘTOKRZYSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KIELCACH
14R	WARMIŃSKO-MAZURSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W OLSZTYNIE
15R	WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W POZNANIU
16R	ZACHODNIOPOMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SZCZECINIE

--

***proszę zakreślić właściwą odpowiedź**

17. Adres mailowy * (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI - każdy znak powinien znajdować się w oddzielnej kratce)

a) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi dokumentów płacowych oraz PIT-ów drogą elektroniczną na wskazany powyżej adres mailowy*. Jednocześnie zobowiązuje się do zapewnienia bezpieczeństwa wskazanego przeze mnie konta e-mail, a także do nieprzekazywania danych dostępowych do tego konta osobom nieupoważnionym do dostępu do moich danych płacowych. Zobowiązuję się do zawiadomienia pracodawcy na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji. Zostałem poinformowany, że przekazanie powyższych danych nie jest obowiązkowe i w przypadku braku zgody na podanie adresu mailowego do przekazywania dokumentów płacowych oraz PIT-ów tą drogą lub jej cofnięcia, dokumenty te będą mi przekazywane w innej formie.

Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w pkt. 17a danych osobowych w celach związanych z przesyłaniem dokumentów płacowych oraz PIT-ów. Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe. Zgoda może zostać w każdym czasie cofnięta

Tak/Nie*

***proszę zakreślić właściwą odpowiedź**

b) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi dokumentów kadrowych tj. dokumentów związanych z nawiązaniem stosunku pracy, jego przebiegiem, rozwiązywaniem oraz karami dyscyplinującymi drogą elektroniczną na wskazany powyżej adres mailowy*. Jednocześnie zobowiązuje się do zapewnienia bezpieczeństwa wskazanego przeze mnie konta e-mail, a także do nieprzekazywania danych dostępowych do tego konta osobom nieupoważnionym do dostępu do moich danych zawartych w dokumentach kadrowych. Zobowiązuję się do zawiadomienia pracodawcy na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji. Zostałem poinformowany, że przekazanie powyższych danych nie jest obowiązkowe i w przypadku braku zgody na podanie adresu mailowego do przekazywania dokumentów kadrowych tą drogą lub jej cofnięcia, dokumenty te będą mi przekazywane w innej formie.

Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w pkt. 17b danych osobowych w celach związanych z przesyłaniem dokumentów kadrowych. Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe. Zgoda może zostać w każdym czasie cofnięta

Tak/Nie*

***proszę zakreślić właściwą odpowiedź**

Oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych w pkt. 16 i 17 danych osobowych w celach ochrony życia i zdrowia. Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe. Zgoda może zostać w każdym czasie cofnięta

Tak/Nie*

***proszę zakreślić właściwą odpowiedź**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis pracownika)