

## Kwestionariusz osobowy

1. Imię (imiona) i nazwisko .....	
b) imiona rodziców.....	
c) nazwisko rodowe matki .....	
2. Data i miejsce urodzenia	3. Obywatelstwo
4. Numer ewidencyjny (PESEL)	5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)
6. Numer Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia	7. Nazwa i adres właściwego Urzędu Skarbowego
8. Miejsce zameldowania..... <div style="text-align: center;">(dokładny adres)</div> ..... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><span>(adres do korespondencji)</span><span>(telefon)</span></div>	
9. Nr rachunku bankowego:	
10. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1, 2, 4, i 6 są zgodnie z dowodem osobistym seria ..... nr..... wydanym przez ..... w..... albo innym dowodem tożsamości <div style="text-align: center;">(data wydania dowodu osobistego)</div> ..... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><span>(miejscowość i data)</span><span>(podpis osoby składającej kwestionariusz)</span></div>	

11. Stosownie do art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 14 XII 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. nr 25 z 1997 r. poz. 970) oświadczam, że:

- nie pozostaję w rejestrze bezrobotnych\*
- pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy
- w ..... od dnia ..... z prawem\* bez prawa\* do zasiłku dla bezrobotnych\*.

12. Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym – tak / nie\*

13. Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym – tak / nie\*

14. Mam ustalone prawo do emerytury, renty – nie / tak\* - nazwa świadczenia i nr nadany przez ZUS:

.....

15. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności – tak / nie\*: stopień: .....

16. Oświadczam, że moje wynagrodzenie/dochody ze stosunku pracy/innej działalności będącej podstawą ubezpieczenia przewyższa najniższą krajową i nie wnoszę o dodatkowe ubezpieczenie z tytułu umowy.

17. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu osobowym dla potrzeb związanych z zatrudnieniem w projekcie „Profesjonalne Jaworzno” oraz dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby składającej kwestionariusz)

\* niepotrzebne skreślić