



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..... (dokładny adres)	
.....	
(adres do korespondencji)	(telefon)
9. Nr rachunku bankowego:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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	
(data wydania dowodu osobistego)	
.....	
(miejsowość i data)	(podpis osoby składającej kwestionariusz)

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*



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



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