**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

Kwestionariusz osobowy dla pracownika

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| PESEL ( w przypadku jego braku- rodzaj i nr potwierdzającego tożsamość) |  |
| **Adres zamieszkania:**............................ ................................... ....................................................................................................../ gmina / / dzielnica / ulica, nr domu, nr mieszkania ............................. ......................................... ............................................................. ................................................................ ..................................../ kod pocztowy / /poczta/ / miejscowość / / województwo / / telefon kontaktowy / |
| **Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy**  |
| **imię**  | **nazwisko** | **data urodzenia** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| **Wykształcenie :** |  |
|  |  |
| (nazwa szkoły i rok jej ukończenia, zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy) |  |
| **Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy, np. nr prawa wykonywania zawodu:** |  |
| **Przebieg dotychczasowego zatrudnienia ( gdy jest ono niezbędne do wykonania pracy określonego rodzaju lub określonym stanowisku)** |
| Data od - do | Nazwa zakładu pracy | Stanowisko |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Numer rachunku płatniczego, jeżeli pracownik nie złożył wniosku o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku** (imię i nazwisko, adres, telefon)\*jeżeli pracownik wyrazi zgodę na podanie danych osobowych takiej osoby\*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Niniejszym potwierdzam prawidłowość powyższych danych. Wiadomo mi, e podanie nieprawdziwych lub niepełnych (w przypadku danych nie oznaczonych \*) danych może by przyczyną rozwiązania umowy o prac.W przypadku zatrudnienia mnie, wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych personalnych do systemu informatycznego (komputera) oraz na ich opracowanie wyłącznie dla celw służbowych.  ................................................ ............................................... Data, miejscowość podpis |