**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 | | | | | | | | |