

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, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych (w przypadku danych nie oznaczonych *) danych może być przyczyną rozwiązania umowy o pracę. W przypadku zatrudnienia mnie, wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych personalnych do systemu informatycznego (komputera) oraz na ich opracowanie wyłącznie dla celów służbowych. Data, miejscowość podpis		