

## DANE IDENTYFIKACYJNE

INDEKS PODMIOTU

## PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Lp.	Wyszczególnienie	Dane pracownika			
1	Nazwisko				
2	Nazwisko rodowe				
3	Imiona				
4	Imiona rodziców: (ojca, matki)				
5	DATA/Miejsce urodzenia				
6	PESEL				
7	Dowód osobisty/paszport: seria, nr				
	M. wydania	Wydany przez			
	Data wydania	Data ważności			
8		Adres zameldowania		Adres zamieszkania	
9	Miejscowość				
10	gmina	Powiat			
11	Kod pocztowy	poczta			
12	Ulica, nr domu/mieszkania				
14	Telefon / e-mail				
15	Urząd Skarbowy / NFZ				
16	Stan cywilny / wykształcenie				
17	Jestem emerytem lub rencistą	TAK		NIE	
	Nr emerytury / renty				
18	Proszę o zgłoszenie następujących członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:				
	Stopień pokrewieństwa				
	Imię i nazwisko				
	PESEL i data urodzenia				
	Stopień niepełnosprawności				
	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym? (TAK/NIE)				
19	Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania jest zgodne z miejscem pracy (TAK/NIE)				
20	Data wystawienia				
21	Podpis pracownika: Składając niniejszy podpis jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w poz. od 1 do 20 są zgodne z prawdą.				
22	Rodzaj umowy o pracę	Czas nieokreślony	Okres próbny, czas określony	Od dnia	Do dnia
23	Wymiar etatu: <b>Pełny, ½, ¼, 1/8</b>	Stanowisko:			
24	Wynagrodzenie:				
25	Miejsce pracy (adres)				
<b>POUCZENIE.</b> Pracownik wypełnia pozycje od 1 do 21. Pracodawca wypełnia pozycje od 22 do 25. <b>ZA SKUTKI PRAWNE WYNIKAJĄCE Z NIEPRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA ARKUSZA w poz. od 1 do 20 ODPOWIADA PRACOWNIK.</b> <b>ZA SKUTKI PRAWNE WYNIKAJĄCE Z NIETRMINOWEGO ZŁOŻENIA ARKUSZA ODPOWIADA PRACODAWCA.</b>			<b>INFORMACJA.</b> Powyższe dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych i służą dla celów przewidzianych w Ordynacji podatkowej i Ustawie o ubezpieczeniach społecznych.		