**KWESTIONARIUSZ DLA PRACOWNIKA**

**W ZESPOLE SZKÓŁ NR 12 W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię (imiona) i nazwisko:** |  |
|  | **Adres zamieszkania:** |  |
|  | **Inne dane pracownika, a także dane osobowe dzieci i innych członków jego najbliższej rodziny** (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)[[1]](#footnote-1), **ze względu na korzystanie przez pracownika ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy:** |  |
|  | **Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:** (imię i nazwisko, adres, telefon)[[2]](#footnote-2): |  |
|  | **Właściwy oddział NFZ:** |  |
|  | **Właściwy Urząd Skarbowy:** |  |
|  | **Prawo do renty** **(właściwe zaznacz haczykiem):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK |  | NIE |

 |
|  | **Prawo do emerytury (właściwe zaznacz haczykiem):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK |  | NIE |

 |
|  | **Numer rachunku płatniczego[[3]](#footnote-3):** |  |
|

|  |
| --- |
|  |
|   |  |   |
| Miejscowość i data |  | Podpis osoby składającej |

 |

**Potwierdzam zgodność powyższych danych z przedłożonym przez pracownika dokumentem tożsamości.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis pracownika działu kadr

1. W sytuacji, gdy podanie takich danych jest konieczne ze względu na korzystanie przez pracownika ze szczególnych uprawnień przewidzianych w kodeksie pracy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Podanie danych osobowych osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku jest dobrowolne i wymaga zgody pracownika oraz osoby wskazanej przez pracownika. [↑](#footnote-ref-2)
3. Podanie numeru rachunku płatniczego nie jest wymagane, jeżeli pracownik złożył w postaci papierowej lub elektronicznej wniosek o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych. [↑](#footnote-ref-3)