**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko ..........................................................................................................................................................    a) nazwisko rodowe .............................................................................................................................................................  b) imiona rodziców matka .................................................... ojciec ..............................................................................................  c) nazwisko rodowe matki ............................................................................................................................................................ | | |
| 2. Data i miejsce urodzenia | | 3. Obywatelstwo |
| 4. Numer ewidencyjny (PESEL) | 5. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | |
| 5. Stan rodzinny  imię współmałżonka ......................................................... imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci ....................................    ............................................................................................................................................................................................................ | | |
| 6. Powszechny obowiązek obrony   1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony ......................................................................................................................... 2. stopień wojskowy.......................................................... numer specjalności wojskowej .......................................................... 3. przynależność ewidencyjna do WKU ....................................................................................................................................... 4. numer książeczki wojskowej ..................................................................................................................................................... 5. przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP ............................................................................................................................ | | |
| 7. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)  .............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................. | | |
| 8. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-4 są zgodne z dowodem osobistym  seria ...................nr ........................................ wydanym przez ........................................................................................................  ................................................................................ w .......................................................................................................................  albo innym dowodem tożsamości ......................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................. | | |

.................................................. ..................................................................

*(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)*