

## 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. Powszechny obowiązek obrony

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony .....

b) stopień wojskowy.....    numer specjalności wojskowej .....

c) przynależność ewidencyjna do WKU .....

d) numer książeczki wojskowej .....

e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP .....

6. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

7. Osoby do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach zawieranego stosunku pracy:

Nazwisko i imię	PESEL	Pokrewieństwo *)	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień niepełnosprawności **)

\*) Pokrewieństwo: małżonek **(01)**; dziecko własne, przysposobione lub drugiego małżonka **(11)**; wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie (również w ramach rodziny zastępczej) **(21)**; matka **(30)**; ojciec **(31)**; macocha **(32)**; ojczym **(33)**; babka **(40)**; dziadek **(41)**; osoby przysposabiające osoby ubezpieczone **(50)**; inni krewni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (nie ubezpieczeni) **(60)**.

\*\*\*) Stopień niepełnosprawności: brak **(0)**; lekki **(1)**; umiarkowany **(2)**; znaczny **(3)**.

