



Uniwersytecki Szpital Kliniczny
Nr 4 w Lublinie

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

NAZWISKO

IMIĘ (IMIONA)

PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

WOJEWÓDZTWO

POWIAT

GMINA

KOD POCZTOWY, POCZTA

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA

STAN RODZINNY

(IMIONA I NAZWISKA ORAZ DATY URODZENIA DZIECI W PRZYPADKU ZAMIARU KORZYSTANIA ZE SZCZEGÓLNYCH UPRAWNIENÍ PRZEWIDZIANYCH W KODEKSIE PRACY)

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

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

NR RACHUNKU

NAZWA BANKU

DODATKOWE DANE OSOBOWE PRACOWNIKA

(NIEZBĘDNE DO KORZYSTANIA ZE SZCZEGÓLNYCH UPRAWNIENÍ PRZEWIDZIANYCH W PRAWIE PRACY LUB JEŻELI PRAWO I OBOWIĄZEK ICH PODANIA WYNIKA Z PRZEPISÓW SZCZEGÓLNYCH)

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

WYKSZTAŁCENIE

(JEŻELI NIE ZOSTAŁO PODANE W KWESTIONARIUSZU OSOBOWYM KANDYDATA)

NAZWA SZKOŁY

ROK UKOŃCZENIA

ZAWÓD

SPECJANOŚĆ

TYTUŁ NAUKOWY

OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU

(IMIE I NAZWISKO, ADRE, TELEFON – DOBROWOLNIE)

.....

PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA

(JEŻELI NIE ZOSTAŁO PODANE W KWESTIONARIUSZU OSOBOWYM KANDYDATA)

OKRES		NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY	STANOWISKO
OD	DO		

Oświadczam, że mam / nie mam* ustalone prawo do emerytury.

Oświadczam, że mam / nie mam* ustalone prawo do renty.

Oświadczam, że posiadam / nie posiadam* stopień niepełnosprawności.

Oświadczam, że USK Nr 4 w Lublinie jest / nie jest* moim głównym miejscem pracy.

Oświadczam, że jestem / nie jestem* zatrudniony(a) na stanowisku nauczyciela uniwersyteckiego w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Oświadczam, że powyższe dane przekazuję dobrowolnie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....

miejscowość, data

.....
podpis pracownika

*niepotrzebne skreślić