

KWESTIONARIUSZ OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE

NAZWISKO

IMIONA

JESTEM ZATRUDNIONY (A) NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ ZAWARTEJ Z INNYM PODMIOTEM,
Z TYTUŁU KTÓREJ OTRZYMUJĘ WYNAGRODZENIE W MIESIĘCZNEJ KWOCIE CO NAJMNIJ W WYSOKOŚCI
MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA W 2019 ROKU **2 250,00** BRUTTO

TAK / NIE

POZOSTAJĘ W EWIDENCJI BEZROBOTNYCH REJONOWEGO URZĘDU PRACY

TAK / NIE

.....

podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie

PROPONOWANE WARUNKI PRACY (WYPEŁNIA PRACODAWCA):

DATA ZATRUDNIENIA

RODZAJ UMOWY O PRACĘ

CZAS TRWANIA UMOWY

STANOWISKO

WYMIAR CZASU PRACY

WYNAGRODZENIE BRUTTO

MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY

.....

podpis pracodawcy

DODATKOWE INFORMACJE DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE:

1. ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST PRACODAWCA.
2. CELEM PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH JEST REKRUTACJA, A ICH NIEPRZEKAZANIE SPOWODUJE NIEMOŻNOŚĆ UCZESTWNICTWA W NABORZE NA APLIKOWANE STANOWISKO.
3. DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE PRZEZ ADMINISTRATORA PRZEZ OKRES 1 MIESIĄCA.
4. OSOBIE UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE PRZYSŁUGUJE PRAWO: DOSTĘPU DO DANYCH, SPROSTOWANIA I USUNIĘCIA DANYCH, OGRANICZENIA PRZETWARZANIA, PRZENOSZENIA DANYCH, WNIESIENIA SPRZECIWU WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH, WNIESIENIA SKARGI DO PREZESA URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH ORAZ DO COFNIECIA ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE DANYCH KONTAKTOWYCH.

Podstawa prawna przetwarzania danych: art. 22¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 roku poz. 790 ze zm.), art. 87 ustawy z 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 roku poz. 1265), art. 6 ust. 1 lit. B, art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. z 2019 roku poz. 730).

verte

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

NAZWISKO
IMIONA
NAZWISKO RODOWE
DATA URODZENIA
PESEL
NR TELEFONU

NR PASZPORTU/KARTY* OBYWATELSTWO*

*DOTYCZY CUDZOZIEMCÓW

ULICA I NR DOMU, MIESZKANIA
KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ
GMINA
POWIAT
WOJEWÓDZTWO
WŁAŚCIWOŚĆ URZĘDU SKARBOWEGO (adres)

OŚWIADCZAM, ŻE:

POSIADAM PRAWO DO EMERYTURY, RENTY TAK / NIE
POBIERAM EMERYTURĘ, RENTĘ Z ZUS O/
NR EMERYTURY, RENTY
POSIADAM STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK / NIE
PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ TAK / NIE NIP
JESTEM UCZNIEM / STUDENTEM TAK / NIE
WYKSZTAŁCENIE

INFORMACJE O TRWAJĄCYM, JEDNOCZESNYM ZATRUDNIENIU W INNYM ZAKŁADZIE PRACY:

NAZWA ZAKŁADU PRACY
DATA ZATRUDNIENIA
CZAS TRWANIA UMOWY
RODZAJ UMOWY
WYMIAR CZASU PRACY

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W KWESTIONARIUSZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO BEZZWŁOCZNEGO POINFORMOWANIA ZAKŁADU PRACY O WSZELKICH ZAISTNIAŁYCH ZMIANACH W TERMINIE 3 DNI OD ICH ZAISTNIENIA.

.....

podpis pracownika

ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. DANE CZŁONKA RODZINY:

NAZWISKO I IMIONA

DATA URODZENIA

PESEL _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

CZY POZOSTAJE ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

TAK / NIE

2. DANE CZŁONKA RODZINY:

NAZWISKO I IMIONA

DATA URODZENIA

PESEL _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

CZY POZOSTAJE ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

TAK / NIE

.....

podpis pracownika