

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

| | | | |
|---|------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Imię (imiona) i nazwisko | | | |
| a) nazwisko rodowe | | | |
| b) imiona rodziców | | | |
| c) nazwisko rodowe matki | | | |
| 2. Data i miejsce urodzenia | | | |
| 3. Obywatelstwo | | | |
| 4. Numer ewidencyjny PESEL | | | |
| 5. Numer NIP | | | |
| 6. Dane o Kasie Chorych | Nazwa Kasy | Data przy- stąpienia | Nie należę do Kasy Chorych |
| 7. Miejsce zameldowania | | | |
| Adres do korespondencji | | | |
| Telefon | | | |
| 8. Wykształcenie (nazwa szkoły i rok jej ukończenia) | | | |
| (zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy) | | | |
| 9. Wykształcenie uzupełniające (kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w wypadku jej trwania) | | | |
| | od-do | nazwa pracodawcy | stanowisko |
| 10. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (podać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy) - w razie braku miejsca - kontynuować na odwrocie | | | |
| 11. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania (np. języki obce, prawo jazdy, obsługa komputera) | | | |
| 12. Stan rodzinny (stan cywilny, imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci) | | | |
| 13. Powszechny obowiązek obrony: | | | |
| a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony | | | |
| b) stopień wojskowy | | | nr specjalności wojsk. |
| c) przynależność ewidencyjna do WKU | | | |
| d) numer książeczki wojsk. | | | |
| e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP | | | |
| 14. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon) | | | |

15. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1,2, 4 i 7 są zgodne z dowodem osobistym serii nr wydanym przez w albo innym dowodem tożsamości

miejscowość i data

podpis osoby składającej kwestionariusz