

**WYPEŁNIA PRACODAWCA****KARTA INFORMACYJNA DOT. ZATRUDNIENIA NOWYCH PRACOWNIKÓW.****\*niepotrzeżne skreślić\*****Proszę wypełnić :**

|                      |   |
|----------------------|---|
| Data zawarcia umowy: | .....   |
| Forma zatrudnienia:  | umowa o pracę / umowa zlecenie / umowa o dzieło * |

**Proszę wypełnić jeśli wybrał/a Pan/Pani formę zatrudnienia - umowa o pracę:**

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Stanowisko:                      | .....   |
| Rodzaj wykonywanej pracy:        | .....   |
| Wymiar czasu pracy:              | cały etat, 1/2 etatu, 3/4 etatu,.....*              |
| Czas trwania umowy:              | okres próbny / czas określony / czas nieoznaczony * |
|                                  | w terminie od.....do.....                           |
| Wynagrodzenie zasadnicze brutto: | .....zł   |
| Wynagrodzenie wypłacane:         | gotówką / przelewem *                               |
| Termin wypłaty wynagrodzenia:    | ostatni dzień m-ca / do 10-go następnego m-ca*      |

**Proszę wypełnić jeśli wybrał/a Pan/Pani formę zatrudnienia: umowa zlecenie, umowa o dzieło:**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Rodzaj wykonywanej pracy:       | .....   |
| Umowa zawarta na okres:         | od.....do.....  |
| Składka chorobowa (dobrowolna): | TAK / NIE*  |
| Wysokość stawki brutto:         | za godzinę / kwota określona w umowie za miesiąc pracy* |
|                                 | .....zł   |
| Wynagrodzenie wypłacane:        | gotówką / przelewem *                                   |
| Termin wypłaty wynagrodzenia    | ostatni dzień m-ca / do 10-go następnego m-ca*          |

**Uwagi:**

|              |
|--------------|
| <br><br><br> |
|--------------|

# KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|                                      |                            |                              |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| NAZWISKO                             | <input type="text"/>       |                              |
| IMIĘ 1                               | <input type="text"/>       |                              |
| IMIĘ 2                               | <input type="text"/>       |                              |
| NAZWISKO RODOWE                      | <input type="text"/>       |                              |
| DATA URODZENIA                       | <input type="text"/>       | Miejsce <input type="text"/> |
| STAN CYWILNY                         | <input type="text"/>       |                              |
| IMIĘ OJCA                            | <input type="text"/>       |                              |
| IMIĘ MATKI                           | <input type="text"/>       |                              |
| NAZWISKO PANIEŃSKIE MATKI            | <input type="text"/>       |                              |
| DOWÓD OSOBISTY                       | SERIA <input type="text"/> | NR <input type="text"/>      |
| przez kogo wydany i data wystawienia | <input type="text"/>       |                              |
| PESEL                                | <input type="text"/>       |                              |
| NIP                                  | <input type="text"/>       |                              |
| PASZPORT                             | SERIA <input type="text"/> | NR <input type="text"/>      |

## WYKSZTAŁCENIE

(właściwie zakreślić X)

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| NIEPEŁNE PODSTAWOWE | <input type="checkbox"/> |
| PODSTAWOWE          | <input type="checkbox"/> |
| ZSZ                 | <input type="checkbox"/> |
| ŚREDNIE ZAW/TECH.   | <input type="checkbox"/> |
| L.O.                | <input type="checkbox"/> |
| POLICEALNE          | <input type="checkbox"/> |
| WYŻSZE              | <input type="checkbox"/> |

## ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

| JĘZYK                | STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI*  |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

\*(bardzo dobra, dobra, słaba)

## INNE DANE

WZROST  WAGA

## ADRES ZAMELDOWANIA

WOJEWÓDZTWO  POWIAT

POCZTA

KOD POCZTOWY  -

MIEJSCOWOŚĆ

GMINA

ULICA

NUMER DOMU

NUMER MIESZKANIA  TELEFON

## ADRES ZAMIESZKANIA / INNY ADRES KONTAKTOWY \*) (jeśli adres jest ten sam co zameldowania - nie wypełniać)

WOJEWÓDZTWO  POWIAT

KOD POCZTOWY  -  POCZTA

MIEJSCOWOŚĆ

GMINA

ULICA

NUMER DOMU  NUMER MIESZKANIA

**NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO DO ROZLICZENIA PODATKOWEGO****NABYTE UPRAWNIENIA DO RENTY**

Data nabycia

Termin ważności

**NABYTE STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

Orzeczenie z dnia

orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

Termin ważności

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

**NABYTE UPRAWNIENIA DO EMERYTURY**

Data nabycia uprawnień

Nr emerytury

Nazwa i adres biura emerytalnego

Oddział NFZ

**PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA**

| OKRES ZATRUDNIENIA (dzień miesiąc rok) |    | NAZWA ZAKŁADU PRACY | STANOWISKO |
|--|----|---------------------|------------|
| OD                                     | DO |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |
|  |    |                     |            |

**OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU (imię, nazwisko, adres i telefon)****W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny proszę wypełnić wniosek ZCNA**

\*) niepotrzebne skreślić

Nazwisko ..... Imiona .....

Nr PESEL .....

**Miejsce zamieszkania**

Miejscowość .....

Ulica i nr domu /mieszkania.....

Dotyczy wynagrodzenia w/w zatrudnionego w firmie :

.....

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEKAZYWANIE  
WYNAGRODZEŃ NA RACHUNEK BANKOWY.**

**Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przekazywanie całości  
przysługującego dla mnie wynagrodzenia na wskazany poniżej  
rachunek bankowy, prowadzony w**

.....  
(podać pełną nazwę banku prowadzącego rachunek)

**na rachunek nr**

.....  
(pełny numer rachunku bankowego na który należy przesyłać wynagrodzenie)

**Właścicielem wskazanego rachunku jest**

.....  
(podać właściciela rachunku)

.....  
data i czytelny podpis

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

## OŚWIADCZENIA

I. Oświadczam, że **jestem / nie jestem\*** zatrudniony w innej firmie, na podstawie umowy o pracę.

Jeżeli tak to proszę podać nazwę firmy i NIP .....

w **pełnym / niepełnym\*** wymiarze czasu pracy.

Wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę

- **wynosi minimum najniższe wynagrodzenie w kraju tj. .... zł\***
- **jest niższe niż najniższe wynagrodzenie w kraju \***

II. Oświadczam, że **jestem / nie jestem\*** zatrudniony w innej firmie na podstawie umowy zlecenie.

Jeżeli tak to proszę podać nazwę firmy i NIP.....

Przychody z tytułu umowy zlecenie w innej firmie

- **są objęte ubezpieczeniem społecznym \***
- **nie są objęte ubezpieczeniem społecznym \***

III. Oświadczam, że aktualnie **jestem / nie jestem\*** studentem, uczniem.

Nazwa Uczelni / Szkoły.....

Nr legitymacji.....

( proszę dołączyć ksero legitymacji)

IV. Oświadczam, że prowadzę jako osoba fizyczna działalność gospodarczą od której odprowadzam składki na ubezpieczenia społeczne : **TAK / NIE\***

W związku ze zbiegiem tytułów do ubezpieczeń społecznych wnoszę o nie naliczanie składek z tytułu zawartych umów zlecenie w Państwa firmie.

Powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym i oświadczam, że odpowiedzialność karna jest mi znana za podanie danych niezgodnych z prawdą.

O wszelkich zmianach objętych treścią niniejszego oświadczenia ,zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....  
data i czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić

....., dnia ..... 20.... r.

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

## **ZOBOWIĄZANIE**

Zobowiązuję się powiadomić firmę na piśmie, w przypadku podjęcia zatrudnienia w innej firmie, w której wynagrodzenia będą podlegały pod obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe).

Oświadczenie potrzebne jest do prawidłowego naliczenia składki na Fundusz Pracy.

.....

data i podpis

....., dnia ..... 20....r.

Nazwisko i imię.....

PESEL .....

## PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam ZLECENIODAWCĘ do :

- a) wystawienia rachunków w moim imieniu
- b) podpisywania w moim imieniu dokumentów zgłoszeniowych i wyrejestrowujących z ubezpieczeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Proszę o przekazanie wynagrodzenia z tytułu umowy zlecenia na podane konto bankowe bez mojego podpisu na rachunku.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom skutków prawnych i podatkowych powyższego pełnomocnictwa.

.....

czytelny podpis

## Dane dotyczące zgłoszenia członka rodziny Zleceniobiorcy do ubezpieczenia zdrowotnego

Imię ..... Nazwisko .....

Imię drugie ..... Nazwisko rodowe .....

PESEL.....

Seria i numer dowodu osobistego, wydanego przez: .....

.....

Adres zameldowania: ulica , miejscowość , nr kodu pocztowego, gmina , powiat,  
województwo, kraj

.....

.....

Adres zamieszkania:

.....

**Współmałżonek:** tak/nie

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... NIP ..... data urodzenia .....

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym .....

Czy posiada stopień niepełnosprawności .....

**Dzieci** , jeżeli się uczą to do ukończenia 26 lat : tak/nie

**Imię i nazwisko** ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP .....

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym .....

Czy posiada stopień niepełnosprawności .....

**Imię i nazwisko** ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP .....

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym .....

Czy posiada stopień niepełnosprawności .....

**Imię i nazwisko** ..... data urodzenia .....

PESEL ..... NIP .....

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym .....

Czy posiada stopień niepełnosprawności .....

.....

czytelny podpis pracownika