



Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej  
rok założenia 1922

Miejsce na  
fotografię

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

a) nazwisko rodowe .....

b) nazwisko rodowe matki .....

2. Numer ewidencyjny (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Stan rodzinny ( imiona i nazwisko oraz daty urodzenia)

dzieci: a) .....	data urodzenia .....
b) .....	data urodzenia .....
c) .....	data urodzenia .....
d) .....	data urodzenia .....

5. **Adres zameldowania** .....

..... (kod)	..... (ulica)	..... (nr domu, mieszkania)
..... (kod)	..... (miejscowość, gmina/dzielnica)	..... (telefon stacjonarny)

**Adres zamieszkania** .....

..... (kod)	..... (ulica)	..... (nr domu, mieszkania)
..... (kod)	..... (miejscowość, gmina/dzielnica)	..... (telefon stacjonarny)

**Adres do korespondencji** .....

..... (kod)	..... (ulica)	..... (nr domu, mieszkania)
..... (kod)	..... (miejscowość, gmina/dzielnica)	..... (telefonstacjonarny)

Telefon komórkowy .....

Urząd Skarbowy .....

6. 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 .....

7. Posiadane ordery, odznaczenia i wyróżnienia (jakie i kiedy nadane)

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

9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-2 oraz w pkt. 5 są zgodne z dowodem osobistym

seria .....nr .....

10. Oświadczam, że należę do ..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.  
podać nazwę

11. Niniejszym oświadczam, że **jestem / nie jestem\*** rencistą/emerytem i **pobieram / nie pobieram\*** z tego tytułu wynagrodzenia

12. Jednocześnie oświadczam, że **mam / nie mam\*** ustalonej grupy inwalidzkiej.....

**O zmianach poinformuję pracodawcę**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby składającej kwestionariusz)

\*niepotrzebne skreślić