** KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

 **DLA PRACOWNIKA**

|  |
| --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko..........................................................................................................................
2. Nazwisko rodowe .............................................................................................................................
3. Data urodzenia ...................................................................................................................
4. Obywatelstwo ...................................................................................................................................
 |
| 2. Numer ewidencyjny **(PESEL)** | 3. Numer identyfikacji podatkowej (**NIP)** (tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej) |
| 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** …………………………………… ……………………………………… *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ……………………………………………… ……………………………………………….  *(kod) (miejscowość,* ***gmina/dzielnica****)*  **Adres zamieszkania** ……………………………………. ……………………………………. *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ………………………………………..…… ……………………………………………….  *(kod) (miejscowość,* ***gmina/dzielnica****)*  **Adres do korespondencji**  ……………………………………. ……………………………………. *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*  ………………..…………………………… ……………………………………………….  *(kod) (miejscowość,* ***gmina/dzielnica****)* Urząd Skarbowy …………………………………………………………………………………………………………………Numer konta bankowego ………………………………………………………………………………………Telefon komórkowy ………………………………………………………………………………………….…Email: .................................................................................................................................................................. |
| 6. Powszechny obowiązek obrony1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony .........................................................................................

 (rezerwa, niezdolny do służby, uregulowany - w przypadku odbycia służby wojskowej)1. stopień wojskowy.......................................................................................................................................
 |
| 7. Posiadane ordery, odznaczenia i wyróżnienia (jakie i kiedy nadane).......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 8. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon) ............................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................. |
| 9. Wypełniają osoby które nie posiadają numeru ewidencyjnego (PESEL)Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość…………………………………………………………….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) czytelny podpis

\*niepotrzebne skreślić

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 40, 02-353.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pan/Pani kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych za pomocą poczty elektronicznej, pod adresem: odo@aps.edu.pl
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi.
4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są na podstawie przepisów prawa, w szczególności Kodeksu pracy, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym oraz przepisów podatkowych.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres zatrudnienia, a następnie archiwizowane przez 50 lat dla pracowników zatrudnionych przed 1.01.2019. Dane osobowe osób zatrudnionych po 1.01.2019 przechowywane będą 10 lat.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego (dotyczy nauczycieli akademickich), Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Urzędowi Skarbowemu.
7. Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości zatrudnienia.
9. Ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje, w tym dane kontaktowe znajdują się na stronie [https://uodo.gov.pl](https://giodo.gov.pl/)

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

data i czytelny podpis