** 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 obrony   1. 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](mailto: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