

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