

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Imiona rodziców .....
4. Dane rodzinne\* .....
- (imiona, nazwiska i daty urodzenia)
5. Data i miejsce urodzenia .....
6. Numer ewidencyjny (PESEL) .....
7. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)/dot. osób prowadzących działalność gosp. ....
8. Właściwy Urząd Skarbowy .....
9. Adresy:
- a) miejsce zameldowania: .....
- (dokładny adres, w tym: województwo /powiat /gmina)
- b) miejsce zamieszkania/PIT: .....
- (dokładny adres, w tym: województwo /powiat /gmina)
- c) miejsce do korespondencji: .....
- (dokładny adres, w tym: województwo /powiat /gmina)
10. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku .....
- (imię i nazwisko, adres, telefon)
11. Proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia za pracę oraz innych świadczeń pieniężnych ze stosunku pracy na mój numer rachunku: .....
- (nazwa banku)

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

### OŚWIADCZENIA

Niniejszym oświadczam, że:

- a) będę / nie będę\*\* korzystać z uprawnień określonych w art. 178 § 2 kp.  
*Pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie czasu pracy, o którym mowa w art. 139 kp., jak również delegować poza stałe miejsce pracy.*
- b) będę / nie będę\*\* korzystać z uprawnień określonych w art. 188 kp. w wymiarze ..... dni/-a tj. .... godzin.  
*Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy na 2 dni (16 godzin), z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.*
- Jednocześnie oświadczam, że mój współmałżonek będzie korzystał w swoim zakładzie pracy z wyżej wymienionego uprawnienia w wymiarze 1 dnia\*\*.
- Jednocześnie oświadczam, że mój współmałżonek nie będzie korzystał w swoim zakładzie pracy z wyżej wymienionego uprawnienia\*\*.
- c) Posiadam / nie posiadam\*\* emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy / rentę rodzinną.  
Pobieram / nie pobieram\*\* emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy / rentę rodzinną.  
*Jednocześnie zobowiązuję się w ciągu 7 dni do poinformowania o zmianie stanu faktycznego w/w zakresie.*

\*Dane niezbędne do korzystania z uprawnień wynikających z ZFŚS obowiązkowych u pracodawcy.

\*\*Niepotrzebne skreślić.

**Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na przetwarzanie przez PGE Dystrybucja S.A. moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym kwestionariuszu osobowym, w celu zawarcia i wykonania umowy o pracę oraz korzystania z uprawnień i świadczeń przysługujących mi na podstawie zewnętrznych i wewnętrznych przepisów prawa pracy.

.....  
data i miejsce

.....  
podpis kandydata/pracownika