

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O
ZATRUDNIENIE – OŚWIADCZENIE KANDYDATA O UDOSTĘPNIENIU
DANYCH OSOBOWYCH**

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Data urodzenia

.....

3. Dane kontaktowe wskazane przez kandydata (adres do korespondencji, adres e-mail,
nr telefonu kontaktowego)

.....

4. Wykształcenie

.....

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

5. Kwalifikacje zawodowe

.....

(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

6. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

.....

(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

7. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania

.....
.....

(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)

8. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1 – 4 są zgodne z dowodem osobistym

seria nr wydanym przez

lub innym dowodem tożsamości

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy w celu realizacji procesu rekrutacji a następnie w celu związanym z zawarciem umowy, prowadzonym przez COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (zgodnie z art.6 ust1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016). Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych może być przez Pana/ią wycofana w dowolnym momencie. Informujemy, że Administratorem danych jest COPERNICUS PL Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Nowe Ogrody 1-6. Dane zbierane są dla potrzeb realizacji procesu zatrudniania. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych w zakresie określonym przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy oraz aktów wykonawczych jest obowiązkowe. Podanie dodatkowych danych osobowych jest dobrowolne.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIENIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Imię (imiona) i Nazwisko.....
2. Adres
3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Dane osobowe dzieci pracownika i innych członków jego najbliższej rodziny *

.....
(imiona nazwiska oraz daty urodzenia dzieci i członków najbliższej rodziny)

5. Wykształcenie i przebieg dotychczasowego zatrudnienia.....
6. Numer rachunku płatniczego.....
7. Powszechny obowiązek obrony:
 - a. Stosunek do powszechnego obowiązku obrony.....
 - b. Stopień wojskowy
 - c. Numer specjalności wojskowej
 - d. Przynależność ewidencyjna do WKU
 - e. Numer książeczki wojskowej
 - f. Przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP
8. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku*.....

.....
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

9. Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne z dowodem osobistym
seria..... nr wydanym przez
- lub innym dowodem tożsamości

10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym dodatkowych danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesów związanych z zawartą umową z Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (zgodnie z art.6 ust1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016). Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych może być przez Pana/ią wycofana w dowolnym momencie.

11. Informujemy, że Administratorem danych jest Copernicus PL Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Nowe Ogrody 1-6. Dane zbierane są dla potrzeb realizacji umowy o pracę. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych w zakresie określonym przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy oraz aktów wykonawczych jest obowiązkowe. Podanie dodatkowych danych osobowych jest dobrowolne.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis pracownika)

* inne dane dane osobowe



.....
(imię i nazwisko)

Gdańsk dn.

OŚWIADCZENIE

Oświadczanie, że moim macierzystym zakładem pracy jest

.....
.....

(podać podstawowe miejsce zatrudnienia)

Należę do NFZ

.....

(data i podpis)

.....
imię i nazwisko

Gdańsk, dn.

.....
.....
.....
adres zamieszkania

Oświadczenie rentowe pracownika*

1. Oświadczam, że:

a) nie został mi przyznany stopień niepełnosprawności,

b) został mi przyznany stopień niepełnosprawności

lekki

umiarkowany

znaczny

2. Oświadczam, że:

a) nie pobieram świadczenia rentowego,

b) pobieram świadczenia rentowe, które zostało mi przyznane przez:

nazwa organu przyznającego

znak decyzji

3. Oświadczam, że:

a) nie pobieram świadczenia emerytalnego,

b) pobieram świadczenie emerytalne, które zostało mi przyznane przez:

nazwa organu przyznającego

znak decyzji

*- proszę zakreślić odpowiednie punkty

.....
podpis pracownika

OŚWIADCZENIE RACHUNEK BANKOWY

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Niniejszym proszę o dokonywanie wypłaty wynagrodzenia za pracę oraz wszelkich innych należności wynikających ze stosunku pracy na wskazany poniżej rachunek bankowy:

Nazwa Banku:

.....

(Proszę podać pełną nazwę Banku)

Numer Rachunku:

.....

(Proszę podać pełny numer rachunku)

Urząd Skarbowy:

.....

(Proszę podać pełną nazwę i adresu Urzędu Skarbowego)

.....

(data)

.....

(podpis pracownika)



.....
nazwisko i imię

Gdańsk, dn.

.....
jednostka organizacyjna

OŚWIADCZENIE pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka

Pracownik opiekujący się dzieckiem do lat 4:

Zgodnie z art. 148 pkt 3 kodeksu pracy *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* *
na zatrudnienie w ponadnormatywnym wymiarze czasu pracy,

Pracownik opiekujący się dzieckiem do lat 8:

Zgodnie z art. 178 § 2 kodeksu pracy *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* *
na zatrudnienie w godzinach nadliczbowych.

Zgodnie z art. 178 § 2 kodeksu pracy *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* *
na zatrudnienie w porze nocnej,

Zgodnie z art. 178 § 2 kodeksu pracy *wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* *
na delegowanie poza stałe miejsce pracy.

Pracownik opiekujący się dzieckiem do lat 14:

Oświadczam, że zgodnie z art. 188 kodeksu pracy *zamierzam / nie zamierzam* *
korzystać ze zwolnienia od pracy w wymiarze 16 godzin lub 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia:

Imię i nazwisko dziecka i data urodzenia.....

(w przypadku posiadania kilkorga dzieci proszę o podanie danych najmłodszego z nich)

Oświadczam, że jestem jedynym rodzicem / opiekunem dziecka korzystającym z uprawnień wskazanych w oświadczeniu.

W przypadku zmiany w korzystaniu z uprawnień rodzicielskich zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia nowego oświadczenia w Dziale Kadr i Płac.

.....
data/ podpis pracownika

Pouczenie: przepisy art. 148 pkt 3, art. 178 § 2, art. 188 kodeksu pracy stosuje się do pracownicy jak i pracownika, z tym że jeżeli oboje rodzice lub opiekunowie są zatrudnieni, z uprawnień może korzystać jedno z nich.

Art. 148. W systemach i rozkładach czasu pracy, o których mowa w art. 135-138, 143 i 144, czas pracy:

- 1) (...),
- 2) (...),

3) pracowników opiekujących się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia, bez ich zgody

- nie może przekraczać 8 godzin. Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w związku ze zmniejszeniem z tego powodu wymiaru jego czasu pracy.

Art. 178.

§ 1. (...).

§ 2. Pracownika wychowującego dziecko 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, oraz delegować poza stałe miejsce pracy.

Art. 188.

Pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy w wymiarze 16 godzin albo na 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

* niepotrzebne skreślić

.....
Nazwisko i imię

Gdańsk, dn.

.....
adres zamieszkania

Niniejszym oświadczam, że będę, nie będę* zgłaszał dane o członkach rodziny (żona, mąż, dzieci) dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

LP	Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	PESEL / NIP
1.				
2.				
3.				
4.				

Przynależność do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:

.....

Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu: tak nie*

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie: tak nie*

.....

(jeśli nie proszę podać adres zamieszkania)

Stopień niepełnosprawności:

proszę wpisać cyfrę

- 0 Osoba nieposiadająca orzeczenia
- 1 Lekki stopień niepełnosprawności
- 2 Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- 3 Znaczny stopień niepełnosprawności
- 4 Orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

O wszelkich zmianach danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Działu Kadr i Płac COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

.....

* niepotrzebne skreślić