

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA DO CELÓW UBEZPIECZENIOWO-PODATKOWYCH

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

Płeć

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

Data urodzenia

.....-..-.....
dzień miesiąc rok

Obywatelstwo

.....

2. Adres zameldowania

☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących adresu zameldowania

☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych dotyczących adresu zameldowania

Kod pocztowy

.....-.....

Miejscowość

.....

Ulica

.....

Nr domu/Nr lokalu

.....

Gmina

.....

Poczta

.....

Województwo

.....

3. Adres zamieszkania

Kod pocztowy

.....-.....

Miejscowość

.....

Ulica

.....

Nr domu/Nr lokalu

.....

Gmina

.....

Poczta

.....

Województwo

.....

4. Adres korespondencyjny

Kod pocztowy

.....-.....

Miejscowość

.....

Ulica

.....

Nr domu/Nr lokalu

.....

Gmina

.....

Poczta

.....

Województwo

.....

5. Urząd skarbowy

.....

6. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

.....

7.Prawo do renty/emerytury		
Posiadam prawo do emerytury ☐ Tak Nr emerytury..... Przez kogo wydana..... ☐ Nie		Posiadam prawo do renty ☐ Tak Nr renty..... Przez kogo wydana..... ☐ Nie
8. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☐ Tak Data ważności orzeczenia..... ☐ Nie		
9. Stopień niepełnosprawności ☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny ☐ Orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia ☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stopnia niepełnosprawności ☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych dotyczących stopnia niepełnosprawności		
..... miejscowość data		 podpis pracownika
Administratorem danych osobowych ujawnionych w całym okresie Pana/i zatrudnienia jest: Pana/i dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie dla celów zatrudnienia i archiwizacji. Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę		
..... miejscowość data		 podpis pracownika