

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

opiekuna praktyk

Wszystkie pola są obowiązkowe przy wypełnianiu formularza

1. Imię (imiona) i nazwisko _____
2. Imiona rodziców _____
3. Numer ewidencyjny PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Obywatelstwo _____
6. Miejsce zameldowania _____
7. Miejsce zamieszkania/adres do korespondencji _____

8. Narodowy Fundusz Zdrowia _____
9. Wykształcenie _____
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

10. Zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy

11. **Jestem opiekunem Słuchacza SP** _____
(imię i nazwisko Słuchacza)

12. Kierunek-przedmiot praktyki

13. Termin realizacji praktyk od dniado dnia.....

z tego tytułu otrzyma zryczałtowane wynagrodzenie 200zł BRUTTO.

14. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1-12 są zgodne z prawdą.

miejscowość

data

podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie

E-mail: _____

Telefon: _____

imię i nazwisko

adres zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności karnej za zł ożenie fałszywego oświadczenia, określonego art.233 kodeksu karnego niniejszym oświadczam iż:

1) Jestem zatrudnion(y) -a na podstawie:

UMOWY O PRACĘ

w **pełnym/niepełnym***) wymiarze czasu pracy, nie przebywam w trakcie zawartej umowy cywilno-prawnej na urlopie bezpłatnym, zasiłku macierzyńskim oraz urlopie wychowawczym i moje wynagrodzenie miesięczne brutto **przekracza/nie przekracza***) minimalne wynagrodzenie określone ustawą (Dz.U. Nr 200, poz. 1679) oraz póź. zm. wydanymi przez Rozporządzenia Rady Ministrów,

_____ nazwa i adres zakładu pracy

i **wnoszę / nie wnoszę** *) o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.

2) Jestem zatrudnion(y) -a na podstawie:

UMOWY ZLECENIE, DZIEŁO

i moje wynagrodzenie miesięczne brutto **przekracza/nie przekracza***) minimalne wynagrodzenie określone ustawą (Dz.U. Nr 200, poz. 1679) oraz póź. zm.

_____ adres zakładu pracy

i **wnoszę / nie wnoszę** *) o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.

3) Jestem uprawnion(y)-a do otrzymywania

EMERYTURY, RENTY

nr _____ przyznanej przez _____

i **wnoszę / nie wnoszę** *) o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.

4) Jestem studentem w wieku do ukończenia 26 roku życia w

_____ nazwa i adres Uczelni

5) Jestem studentem-doktorantem/słuchaczem powyżej 26 roku życia w

_____ nazwa i adres Uczelni

i **wnoszę / nie wnoszę** *) o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.

6) Prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą :

_____ nazwa i adres firmy

i **wnoszę / nie wnoszę** *) o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.

Jednocześnie oświadczam, że został-em/am uprowadzon-y/a o obowiązku niezwłocznego zawiadomienia o zaistniałych zmianach określonych w niniejszym oświadczeniu.

_____ podpis

*) niepotrzebne skreślić

ZGODA

na przekazywanie wynagrodzenia na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy

Imię i nazwisko:

Nazwa banku :

Wyrażam zgodę ma przekazywanie mojego wynagrodzenia za pracę, umów cywilno-prawnych, oraz innych świadczeń na mój rachunek bankowy nr :
pełny numer konta bankowego /łącznie z przerwami i myślnikami/:

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

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

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

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

Adres Urzędu Skarbowego do którego należy wysłać informację o przychodach;

_____ data i podpis