

*Załącznik nr 6
do Regulaminu staży z dnia 01.02.2022r*

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Dane osobowe

Nazwisko: Imiona: 1. 2.

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Nr PESEL

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

NIP

Nr i seria dowodu osobistego Nr telefonu kontaktowego

Wykształcenie stopień/tytuł naukowy/zawodowy
(podstawowe, zasad. zawodowe, średnie, wyższe)

2. Adres zameldowania/zamieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

--	--	--	--

Województwo Powiat..... Gmina

ulica nr domu nr mieszkania

3. Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż podany w punkcie 2)

Miejscowość Kod pocztowy

--	--	--	--

Województwo Powiat..... Gmina

ulica nr domu nr mieszkania

4. Adres e-mail

5. Urząd Skarbowy (właściwy w sprawie składania rocznego zeznania podatkowego PIT)

adres

nazwa

[illegible]

☐ 1 stopień ☐ 2 stopień ☐ 3 stopień

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

Podpis



Wyższa Szkoła Informatyki Stosowanej i Zarządzania, 01-447 Warszawa, ul. Newelska 6, tel.: 22 3486 534

**Załącznik do kwestionariusza osobowego -
oświadczenie dla celów ubezpieczeń społecznych**
(wypełniają zleceniobiorcy zatrudniani przez WSISiZ).

NAZWISKO	
IMIĘ	
PESEL	

1. **Jestem zatrudniony na podstawie** (należy wymienić wszystkie formy zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, stosunek służbowy, itp.):

FORMA ZATRUDNIENIA	WYMIAR CZASU PRACU	NAZWA ZAKŁADU PRACY	CZY pobierane WYNAGRODZENIE jest WYŻSZE LUB RÓWNE MINIMALNEMU WYNAGRODZENIU W WYSOKOŚCI 3010,- ZŁ	CZY WYNAGRODZENIE OBJĘTE OBOWIĄZKOWĄ SKŁADKĄ SPOŁECZNĄ (emerytalna, rentowa)
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
			Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐

Oświadczam, że jestem objęty ubezpieczeniami społecznymi z tytułu stosunku pracy lub z innych tytułów i łączne wynagrodzenie z tytułu mojego zatrudnienia stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego w każdym miesiącu jest większe lub równe minimalnemu wynagrodzeniu określonego zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak ☐ Nie ☐
---	---

Prowadzę działalność gospodarczą	Tak ☐ Nie ☐
Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej opłacam składki społeczne w pełnej wysokości (nie opłacam składek społecznych na preferencyjnych warunkach).	Tak ☐ Nie ☐

2. **Mam ustalone prawo do emerytury** Tak ☐ Nie ☐

znak:

Mam ustalone prawo do renty /z tytułu niezdolności do pracy, rodzinnej itp. Tak ☐ Nie ☐

znak:od do dnia

Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/

Mam ustalony stopień niepełnosprawności Tak ☐ Nie ☐

☐ 1 stopień ☐ 2 stopień ☐ 3 stopień

3. **Jestem studentem, który nie ukończył 26 roku życia** Tak ☐ Nie ☐

4. **Jestem uczniem szkoły** Tak ☐ Nie ☐



Projekt: „Technologie Oracle w biznesie na kierunku Informatyczne Techniki Zarządzania – studia dualne w Wyższej Szkole Informatyki Stosowanej i Zarządzania” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

5. **Jestem osobą bezrobotną**

Tak ☐ **Nie** ☐

Jeżeli TAK proszę podać czy zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (gdzie)
z prawem/bez prawa * do zasiłku dla bezrobotnych.

* *niepotrzebne skreślić*

6. **Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników (KRUS)**

Tak ☐ **Nie** ☐

od.....

Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem

7. Wnoszę niniejszym o objęcie mnie DOBROWOLNYM ubezpieczeniem społecznym:

emerytalnym i rentowym **Tak** ☐ **Nie** ☐

chorobowym **Tak** ☐ **Nie** ☐

Oświadczam, że w przypadku utraty tytułu do ubezpieczenia innego niż umowa zlecenie zawarta z WSISiZ niezwłocznie poinformuję o zmianie sytuacji (m.in. w przypadku pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego, rehabilitacyjnego, zakończenia umowy o pracę itd.)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. O każdej zmianie dotyczącej w/w danych zobowiązuję się niezwłocznie (najpóźniej w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany) powiadomić właściwą jednostkę organizacyjną WSISiZ

Stosownie do postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Informatyki Stosowanej i Zarządzania ul. Nowelska 6, 01-447 Warszawa.

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

Data sporządzenia formularza (DD-MM-RRRR)

Podpis

