

# DOKUMENTACJA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZATRUDNIENIE

## STANOWISKO: KIEROWCA TRANSPORTU MIĘDZYNARODOWEGO/ CUDZOZIEMIEC

ADRES : 83-121 RUDNO, UL. KOŚCIELNA 15

DZIAŁ KADR w razie pytań proszę o kontakt:

tel. komórkowy 605-058-903,

tel. stacjonarny + 48-58-536-45-07 lub (08)

W przypadku **JAKIKOLWIEK ZMIAN** w załączonej dokumentacji **PROSZĘ  
BEZZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ DZIAŁ KADR-** w formie pisemnej.

**NALEŻY DOSTARCZYĆ** : Kserokopię dokumentów oraz wypełnione kwestionariusze  
(wszystkie strony)

- OSTATNIE ŚWIADECTWO SZKOŁY,
- WSZYSTKIE ŚWIADECTWA PRACY (praktyki zawodowe),
- ŚWIADECTWO KWALIFIKACJI ZAWODOWEJ ( IRU )
- PASZPORT
- WIZA
- PRAWO JAZDY,
- KARTA KIEROWCY,
- ŚWIADECTWO KWALIFIKACJI, ORZECZENIE LEKARSKIE, ORZECZENIE PSYCHOLOGICZNE,
- DECYZJĘ O PRYZYTNANEJ: emeryturze, rencie, stopniu niepełnosprawności,
- BADANIE:
  - neurolog, laryngolog, okulista,
  - próby wątrobowe: aspat, alat oraz bilirubina,
- NR KONTA BANKOWEGO - nazwisko, imię i adres właściciela konta,
- WYPEŁNIĆ KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O ZATRUDNIENIE (strony 2),
- WYPEŁNIĆ KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA (strona 3),
- WYPEŁNIĆ DODATKOWĄ INFORMACJĘ DLA PRACODAWCY (strony 4-5),
- PODPISAĆ INFORMACJĘ O RODO I POUFNOŚCI (strona 6).

TELEFON KONTAKTOWY:.....

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Imiona rodziców .....

3. Data urodzenia .....

4. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji) .....

.....

5. Wykształcenie .....

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....

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

6. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

okres zatrudnienia		pracodawca	stanowisko
od	do		

7. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych.....

8. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1-3 są zgodne z dowodem osobistym

seria..... nr .....wydanym przez .....

lub innym dowodem tożsamości .....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

TELEFON KONTAKTOWY:.....

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Numer ewidencyjny PESEL .....

3. Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy .....

.....

4. Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy.....

5. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych.....

6. Numer rachunku płatniczego, jeżeli pracownik nie złożył wniosku o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych

.....

7. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku, jeżeli pracownik wyrazi zgodę na podanie danych osobowych takiej osoby

.....

(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

8. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1 i 2 są zgodne z dowodem osobistym

seria ..... nr..... wydanym przez .....

lub innym dowodem tożsamości .....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis )

## Dodatkowe informacje dla pracodawcy

### 1. Adres zameldowania:

- a) Województwo.....
- b) Gmina.....
- c) Powiat.....
- d) Kod pocztowy.....
- e) Miejscowość.....
- f) Ulica i nr domu.....
- g) Poczta.....

### 2. Adres zamieszkania:

- a) Województwo.....
- b) Gmina.....
- c) Powiat.....
- d) Kod pocztowy.....
- e) Miejscowość.....
- f) Ulica i nr domu.....
- g) Poczta.....

### 3. Adres do korespondencji:

- a) Województwo.....
- b) Gmina.....
- c) Powiat.....
- d) Kod pocztowy.....
- e) Miejscowość.....
- f) Ulica i nr domu.....
- g) Poczta.....

.....

(czytelny podpis)

4. Data urodzenia .....
5. Miejsce urodzenia (nazwa miejscowości).....
6. Oznaczenie aktu urodzenia.....
7. Oznaczenie urzędu stanu cywilnego, w którym został sporządzony akt urodzenia.....
8. Obywatelstwo .....
9. Czy posiada Pan/Pani grupę inwalidzką (proszę wpisać stopień) .....
10. Dokładny adres Urzędu Skarbowego do którego Pan/Pani należy: .....
11. Nazwa NFZ do którego Pan/Pani należy.....
12. Nazwisko rodowe matki .....
13. Czy pracował Pan/Pani wcześniej w Polsce? W jakim okresie? .....
14. Stan cywilny
- a) kawaler/ panna
  - b) żonaty/ mężatka
  - c) rozwiedziony/ rozwiedziona
15. Imię małżonka.....
16. Nazwisko rodowe małżonka.....
17. Data zawarcia związku małżeńskiego/ rozwodu/zgonu małżonka .....
18. Oznaczenie aktu małżeństwa albo sygnatura akt sądu, który rozwiązał/unieważnił małżeństwo, albo numer aktu zgonu małżonka .....
19. Oznaczenie stanu cywilnego, w którym sporządzono akt małżeństwa albo akt zgonu, albo oznaczenie sądu, który rozwiązał/unieważnił małżeństwo .....
20. Liczba dzieci na utrzymaniu (wymienić osoby): .....
21. Czy chce Pan/Pani zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (jeśli tak to proszę wpisać kogo) .....

**WAŻNE!!!**

**W PRZYPADKU JAKICHKOLWIEK ZMIAN ZAWARTYCH  
W DOKUMNTACJI PROSZĘ BEZZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ DZIAŁ KADR  
W FORMIE PISEMNEJ**

.....

.....

( data wypełnienia dokumentu)

( czytelny podpis)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **DARTOMEKS LICHNEROWICZ SPÓŁKA JAWNA, UL. KOŚCIELNA 15, 83-121 RUDNO.**

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji praw i obowiązków, tj.:

- w celu rozliczeń z Urzędem Skarbowym (Ustawa z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych Dz. U. 1991 nr 80 poz. 350 z późn. zm.),
- w celu rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (Ustawa z dnia 13.10.1998r o systemie ubezpieczeń społecznych Dz. U. 1998 nr 137 poz. 887 z późn. zm.);
- w celu rozliczeń z Głównym Urzędem Statystycznym (Ustawa z dnia 29 czerwca 1995r o statystyce publicznej Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.);
- w celu ustalenia wymiaru przysługującego urlopu wypoczynkowego (Ustawa Kodeks Pracy Dz. U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.),
- w celu zawiadomienia członka rodziny w razie wypadku pracownika;
- w celu późniejszej archiwizacji przez okres 10 lat od zakończenia pracy (Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 roku w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika Dz. U z 1996r nr 62 poz. 286 ze zm.);
- w celu wystawienia świadectwa pracy w razie zakończenia stosunku pracy ( Ustawa Kodeks Pracy Dz. U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm).

3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania stosunku pracy oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy i akt osobowych, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie **Medycyna Pracy, Banki, Inspekcja Transportu Drogowego, PZU, Biuro Obsługi Transportu, podmioty współpracujące w ramach oddelegowania do pracy w Belgii wraz z systemem LIMOSA, Rumo Consult bvba, ADBM Socjaal Bureau, P.D.O.K.-ZEGELSTELSEL**

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6. W sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO posiada Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w Polsce – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym; ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji zawartej umowy o pracę i związanych z nią obowiązków podatkowo – składkowych.

.....  
czytelny podpis Pracownika

.....  
podpis Pracodawcy

### **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zapoznałem się z w/w informacjami dotyczącymi udostępnionych przeze mnie danych osobowych, oraz wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie danych osobowych w celach w/w. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących numeru telefonu oraz adresu e-mail. Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie. Oświadczam ponadto, że zostałem/am poinformowany/na o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawienia, a także o prawie wycofania zgody na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....  
czytelny podpis Pracownika

### **ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku do realizacji wszelkich akcji promocyjnych oraz identyfikujących przez zatrudniającą mnie firmę **DARTOMEKS LICHNEROWICZ SPÓŁKA JAWNA, UL. KOŚCIELNA 15, 83-121 RUDNO.**

Jednocześnie przekazuję bezpłatnie firmie prawo do korzystania z mojego wizerunku i upoważniam ją do decydowania o formie i czasie wykorzystania mojego wizerunku.

.....  
czytelny podpis pracownika

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w związku z zatrudnieniem w **DARTOMEKS LICHNEROWICZ SPÓŁKA JAWNA, UL. KOŚCIELNA 15, 83-121 RUDNO.** Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy zawodowej, tajemnicy przedsiębiorstwa oraz poufności w rozumieniu ochrony danych osobowych, z którymi zostałem/am zapoznany/a z racji zajmowanego stanowiska, pełnionych obowiązków lub wykonywanej pracy.

W szczególności zobowiązuję się zachować w tajemnicy informacje podlegające ochronie danych osobowych oraz sposobu ich zabezpieczenia w rozumieniu art.71 Ustawy o rachunkowości, Art.32 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), art. 11 ust. 4 Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, tajemnicy zawodowej w rozumieniu Kodeksu Pracy art.100.,

Naruszenie wyżej wymienionego zobowiązania spowoduje odpowiedzialność przewidzianą w Rozdziale II Oddział V Kodeksu Pracy oraz może być ocenione, jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych skutkujące rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.

Niezależnie od odpowiedzialności określonej w przepisach prawa pracy pracownik może ponieść odpowiedzialność karną na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa:

1. Ustawy o Zwalczaniu Nieuczciwej Konkurencji
2. 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)
3. Kodeksu Karnego Art. 266, 271 i 297

.....  
czytelny podpis pracownika