

# DOKUMENTACJA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZATRUDNIENIE

**STANOWISKO: MECHANIK/MONTER/SPAWACZ/ELEKTRYK/SILOSY**

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 **JAKICHKOLWIEK ZMIAN** w załączonej dokumentacji **PROSZĘ BEZZWŁOCZNIE POWIADOMIĆ DZIAŁ KADR- DARTOMEKS S.J.** w formie pisemnej.

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

- OSTATNIE ŚWIADECTWO SZKOŁY,
- WSZYSTKIE ŚWIADECTWA PRACY (praktyki zawodowe),
- ŚWIADECTWO KWALIFIKACJI ZAWODOWEJ,
- DOWÓD OSOBISTY (by sporządzić kopię),
- DECYZJĘ O PRYZNANEJ: emeryturze, rencie, stopniu niepełnosprawności,
- KSIĄŻECZKA SPAWACZA,
- BADANIE:
  - laryngolog,
  - neurolog,
  - 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 4-7),
- PODPISAĆ INFORMACJĘ O RODO I POUFNOŚCI (strona 8).

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 .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis pracownika)

## 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 i miejsce urodzenia.....

5. Obywatelstwo .....

6. Czy posiada Pan/Pani grupę inwalidzką (proszę wpisać stopień).....

7. Dokładny adres Urzędu Skarbowego do którego Pan/Pani należy:

.....

8. Nazwa NFZ do którego Pan/Pani należy .....

9. Czy był Pan/Pani wcześniej: oddelegowany/a za granicą na podstawie formularza A1 lub E 101 lub świadczył/a Pan/Pani pracę w innym kraju (jak tak to proszę podać od kiedy i do kiedy, w jakim kraju ):

.....

.....

10. Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna z prawem do zasiłku/bez prawa do zasiłku – proszę wpisać i podać swój Urząd Pracy:

.....

11. Czy podlega Pan/Pani ubezpieczeniu społecznemu w KRUS jeśli tak w jakim okresie od.....do.....

12. Czy jest Pan/Pani zgłoszony/a do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny (jeśli tak proszę wpisać przez kogo):

.....

.....

(imię, nazwisko, PESEL, NIP osoby zgłaszającej)

13. Czy pobiera Pan/Pani świadczenie emerytalne/rentowe z ZUS, KRUS lub uposażenie wypłacane członkom służb mundurowych (proszę wpisać TAK/NIE oraz jakie świadczenie):

.....

14. Stan cywilny

- a) kawaler/ panna
- b) żonaty/ mężatka
- c) rozwiedziony/ rozwiedziona

.....

(czytelny podpis pracownika)

### 15. Dane członków rodziny

| Lp. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa                         | Stopień niepełnosprawności:  | Data i miejsce urodzenia | PESEL | Pracuje <b>P</b><br>Uczy się <b>U</b><br>Nie pracuje - <b>NP</b> | Czy członek rodziny osiąga źródło dochodu? | Czy członek rodziny jest na Pana utrzymaniu? | Adres zamieszkania   |
|-----|-----------------|---|--|--------------------------|-------|--|--|--|--|
| 1.  |                 | <b>ŻONA/MAŻ</b><br><b>CÓRKA</b><br><b>SYN</b> | <b>BRAK</b><br><b>LEKI</b><br><b>UMIARKOWANY</b><br><b>ZNACZNY</b> |                          |       | <b>P</b><br><b>U</b><br><b>NP</b>                                | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                   | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                     | Województwo: .....<br>Gmina: .....<br>Powiat: .....<br>Miejscowość: .....<br>Ulica i nr domu: .....<br>Poczt.: ..... |
| 2.  |                 | <b>ŻONA/MAŻ</b><br><b>CÓRKA</b><br><b>SYN</b> | <b>BRAK</b><br><b>LEKI</b><br><b>UMIARKOWANY</b><br><b>ZNACZNY</b> |                          |       | <b>P</b><br><b>U</b><br><b>NP</b>                                | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                   | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                     | Województwo: .....<br>Gmina: .....<br>Powiat: .....<br>Miejscowość: .....<br>Ulica i nr domu: .....<br>Poczt.: ..... |
| 3.  |                 | <b>ŻONA/MAŻ</b><br><b>CÓRKA</b><br><b>SYN</b> | <b>BRAK</b><br><b>LEKI</b><br><b>UMIARKOWANY</b><br><b>ZNACZNY</b> |                          |       | <b>P</b><br><b>U</b><br><b>NP</b>                                | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                   | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                     | Województwo: .....<br>Gmina: .....<br>Powiat: .....<br>Miejscowość: .....<br>Ulica i nr domu: .....<br>Poczt.: ..... |
| 4.  |                 | <b>ŻONA/MAŻ</b><br><b>CÓRKA</b><br><b>SYN</b> | <b>BRAK</b><br><b>LEKI</b><br><b>UMIARKOWANY</b><br><b>ZNACZNY</b> |                          |       | <b>P</b><br><b>U</b><br><b>NP</b>                                | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                   | <b>TAK</b><br><b>NIE</b>                     | Województwo: .....<br>Gmina: .....<br>Powiat: .....<br>Miejscowość: .....<br>Ulica i nr domu: .....<br>Poczt.: ..... |

Podpis pracownika

.....

16. Liczba dzieci na utrzymaniu (wymienić osoby):  
.....

17. Czy chce Pan/Pani zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (jeśli tak to proszę wpisać kogo z tabeli -pkt.15 str 6) .....

18. Oświadczenie o posługiwaniu się nr identyfikacji podatkowej:

Zgodnie z nowelizacją ustawy o ewidencji i identyfikacji podatników z 29 lipca 2011 r. obowiązującej od 01.01.2012 r. oświadczam, że moja sytuacja prawno-podatkowa uprawnia mnie do posługiwania się numerem PESEL<sup>1</sup> / NIP<sup>2</sup>

(odpowiednio skreślić)

Jednocześnie informujemy, że za niewłaściwe określenie swojego statusu prawno-podatkowego odpowiadam osobiście.

<sup>1</sup> nr PESEL -posługują się podatnicy będący osobami fizycznymi nie prowadzącymi działalności gospodarczej lub nie będący płatnikiem VAT itp.

<sup>2</sup> nr NIP- posługują się podatnicy między innymi prowadzący działalność gospodarczą, zarejestrowani płatnicy składek i podatków( np. osiągający dochody z najmu, sprzedaży na allegro), płatnicy VAT itp.

### WAŻNE!!!

**W PRZYPADKU JAKICHKOLWIEK ZMIAN ZAWARTYCH  
W DOKUMNTACJI PROSZĘ BEZZWŁOZNIE 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 współpracująca 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 wniesienie 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