

# DOKUMENTACJA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZATRUDNIENIE

## STANOWISKO: PRACOWNIK OGÓLNOBUDOWLANY

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 **PROSZE BEZZWŁOŻNIE 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,
- 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- P Uczy się- U Nie pracuje- NP	Czy członek rodziny osiąga źródło dochodu?	Czy członek rodziny jest na utrzymaniu?	Adres zamieszkania
1.		ŻONA/MĄŻ CÓRKA SYN	BRAK LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY			P U NP	TAK NIE	TAK NIE	Województwo: ..... Gmina: ..... Powiat: ..... Miejscowość: ..... Ulica i nr domu: ..... Pocztą: .....
2.		ŻONA/MĄŻ CÓRKA SYN	BRAK LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY			P U NP	TAK NIE	TAK NIE	Województwo: ..... Gmina: ..... Powiat: ..... Miejscowość: ..... Ulica i nr domu: ..... Pocztą: .....
3.		ŻONA/MĄŻ CÓRKA SYN	BRAK LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY			P U NP	TAK NIE	TAK NIE	Województwo: ..... Gmina: ..... Powiat: ..... Miejscowość: ..... Ulica i nr domu: ..... Pocztą: .....
4.		ŻONA/MĄŻ CÓRKA SYN	BRAK LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY			P U NP	TAK NIE	TAK NIE	Województwo: ..... Gmina: ..... Powiat: ..... Miejscowość: ..... Ulica i nr domu: ..... Pocztą: .....

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 DOKUMENTACJI 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 współpracującą w ramach oddelegowania do pracy w Belgii wraz z systemem LIMOSA, Rumo Consult bvba, ADMB 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