

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
(WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI – CZYTELNIEM)

1. Imię (imiona) i nazwisko
 a) nazwisko rodowe
 2. Data urodzenia Miejsce urodzenia.....
 3. Obywatelstwo
 4. Numer identyfikacyjny (PESEL)
 5. Miejsce zamieszkania

 (dokładny adres)

6. Telefon, e – mail
 7. Wykształcenie

 (nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....
 (zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy – naukowy)
 8. Wykształcenie uzupełniające

 (kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

9. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia **TYLKO UMOWY O PRACĘ** :

Okres		Nazwa i adres pracodawcy	Zajmowane stanowisko
Od	do		

10. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania (np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera):

 11. Stan rodzinny:

 (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

12. Powszechny obowiązek obrony:

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony

.....

b) stopień wojskowy

.....

numer specjalności wojskowej

c) przynależność ewidencyjna do WKU

.....

d) numer książeczki wojskowej

.....

e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP

.....

13. Dane do ubezpieczeń ZUS

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

.....

(wymienić kasę chorych do której się należy)

14. Właściwy Urząd Skarbowy

(dokładny adres)

15. Fundusz (II filar)

(wymienić filar do którego się należy)

16. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Legnica,

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby składającej kwestionariusz)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o ochronie danych osobowych, Dziennik Ustaw Nr 133 poz. 883).

Legnica,

(miejsowość, data)

INFORMACJA DO UMOWY O PRACĘ

o podstawowych warunkach pracy obowiązujących w
(nazwa firmy lub pieczęć firmy)

Na podstawie **art. 29 § 3 kp** informuję Pana/Panią.....
zatrudnionego/ą na stanowisku

o obowiązujących warunkach pracy :

1. Normy czasu pracy:

Praca w systemie czasu pracy: podstawowym / równoważnym / w ruchu ciągłym / przerywanego czasu pracy / zadaniowym / skróconego tygodnia pracy / pracy weekendowej *.

Przeciętna tygodniowa norma czasu pracy w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy wynosi godzin w-miesięcznym okresie rozliczeniowym.

Dobowa norma czasu pracy wynosi godzin, w równoważnym czasie pracy może zostać przedłużony do 12 godzin na dobę.

Praca trwa od do w godzinach między

2. Pora nocna

Pora nocna obejmuje 8 godzin (pomiędzy godzinami 21.00 a 7.00): od 23.00 do 7.00

3. Wypłata wynagrodzenia:

Wynagrodzenie wypłaca się raz w miesiącu, w ostatnim dniu danego miesiąca, dnia 5-tego, dnia 10-tego *.

Wynagrodzenie i dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych oraz inne świadczenia wypłacane są najpóźniej w najbliższym terminie płatności przypadającym po dacie ustalenia ich wysokości.

Jeżeli ustalony dzień wypłaty jest dniem wolnym od pracy, wynagrodzenie wypłaca się w dniu poprzedzającym.

Wynagrodzenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy, wskazany przez pracownika / do rąk własnych pracownika* w siedzibie pracodawcy.

4. Długość okresu wypowiedzenia:

Umowa może zostać rozwiązana z zachowaniem tygodniowego/ dwutygodniowego/* okresu wypowiedzenia zgodnie z art. Kodeksu pracy lub zgodnie z **art. 36 § 1** Kodeksu Pracy. Okres wypowiedzenia umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony i umowy o pracę zawartej na czas określony jest uzależniony od okresu zatrudnienia u danego pracodawcy i wynosi:

- 1) 2 tygodnie, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż 6 miesięcy,
- 2) 1 miesiąc, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 6 miesięcy,
- 2) 3 miesiące, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 3 lata.

5. Urlop.

Pracownik podejmujący pracę po raz pierwszy, w roku kalendarzowym, w którym podjął pracę, uzyskuje prawo do urlopu z upływem każdego miesiąca pracy, w wymiarze 1/12 wymiaru urlopu przysługującego mu po przepracowaniu roku zgodnie z **Art. 153. § 1**

Prawo do kolejnych urlopów pracownik nabywa w każdym następnym roku kalendarzowym zgodnie z **Art. 153. § 2**

Wymiar urlopu wynosi: zgodnie z **Art. 154. § 1**

1) 20 dni - jeżeli pracownik jest zatrudniony krócej niż 10 lat,

2) 26 dni - jeżeli pracownik jest zatrudniony co najmniej 10 lat.

- roczny wymiar urlopu Pani/a wynosi **20/26** dni* natomiast od dnia podjęcia pracy tj. wymiar urlopu Pani/a wynosi dni do końca roku .

Urlopu udziela się w dni, które są dniami pracy w związku z obowiązującym Pana/Pani rozkładem czasu pracy, w wymiarze godzinowym odpowiadającym dobowemu wymiarowi czasu pracy pracownika w danym dniu.

6. Potwierdzenie przybycia i nieobecność w pracy.

Pracownik potwierdza swoją obecność w pracy własnoręcznym podpisem na liście obecności / poprzez zameldowanie się osobiście u przełożonego *.

W razie nie stawienia się do pracy pracownik obowiązany jest zawiadomić pracodawcę o przyczynie nieobecności w pracy i przewidzianym czasie jej trwania nie później niż w drugim dniu nieobecności w pracy osobiście.

podstawa prawna: par. 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. z 1996 r. nr 60, poz. 281)

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy ubezpieczony jest zobowiązany poinformować niezwłocznie zaraz po wystawieniu na platformie E-PUE płatnikowi zasiłku albo płatnikowi składek "(...) nie później niż w ciągu 2 dni od daty wystawienia elektronicznego zwolnienia".

podstawa prawna: art. 62 ust. 1 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 1999 r. nr 60, poz. 636 z późn. zm)

7. Urlop na żądanie.

Pracownikowi przysługuje 4 dni w roku urlopu wypoczynkowego na żądanie, wliczanego do wymiaru urlopu wypoczynkowego rocznie.

8. Wyjścia służbowe.

Wyjścia służbowe i prywatne wyłącznie za zgodą przełożonych.

9. Inne postanowienia :

a) zakład pracy nie tworzy funduszu świadczeń socjalnych w roku 2021,

b) zakład pracy nie wypłaca świadczeń urlopowych.

.....
(podpis pracodawcy)

.....
(data i podpis pracownika)

* - niepotrzebne skreślić

** - skreślić jeżeli nie dotyczy

Legnica, dnia r.

.....
(pieczęćka firmy)

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O WYRAŻENIU ZGODY NA
PRZETWARZANIE ORAZ UDOSTĘPNIENIE DANYCH
OSOBOWYCH**

W związku z nawiązaniem, trwaniem oraz rozwiązaniem stosunku pracy wyrażam zgodę na udostępnienie przez pracodawcę (administratora moich danych osobowych) Biuru Rachunkowemu (podmiotem przetwarzającym moje dane osobowe) w zakresie:

następujące dane osobowe :

- 1) imię i nazwisko
- 2) imiona rodziców
- 3) data urodzenia
- 4) miejsce zamieszkania (adres do korespondencji)
- 5) wykształcenie
- 6) przebieg dotychczasowego zatrudnienia
- 7) numer PESEL
- 8) NIP
- 9) inne dane osobowe, a mianowicie

- dane osobowe dzieci i małżonków w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego,
- adres e-mail, numery telefonów, seria i numer dokumentu tożsamości, numer rachunku bankowego, dane osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku, książeczka wojskowa, decyzje o rencie i emeryturze,
- informacja o zajęciach komorniczych

.....
data i podpis pracownika

(podstawa prawna: art. 22¹ par. 3 Kodeksu Pracy), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Urz. UE L 119) wchodzącym w życie z dniem 25.05.2018 r.

1. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL (niepotrzebnie skrócić) podatnika

PIT-2

OŚWIADCZENIE

pracownika

dla celów obliczania miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych

Podstawa prawna: Art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”

A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA

2. Nazwisko

3. Pierwsze imię

4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)

Niniejszym określám płatnika:

.....
(nazwa pełna zakładu pracy)jako właściwego do zmniejszania miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwotę stanowiącą 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w art. 27 ust. 1b pkt 1 ustawy¹⁾, gdyż:

- 1) nie otrzymuję emerytury lub renty za pośrednictwem płatnika,
- 2) nie osiągam dochodów z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną,
- 3) nie otrzymuję świadczeń pieniężnych wypłacanych z Funduszu Pracy lub z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- 4) nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(-na) opłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy, tj. dochodów:
 - a) z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
 - b) z najmu lub dzierżawy.

B. PODPIS

5. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)

6. Podpis

¹⁾ Przy obliczaniu zaliczek na podatek dochodowy od dochodów, które nie przekroczą kwoty stanowiącej górną granicę pierwszego przedziału skali podatkowej, roczna kwota zmniejszająca podatek wynosi 556 zł 02 gr.

Objaśnienia

Oświadczenie należy złożyć płatnikowi przed pierwszą wypłatą wynagrodzenia w roku podatkowym.

Oświadczenia nie składa się, jeżeli stan faktyczny wynikający z oświadczenia złożonego w latach poprzednich nie uległ zmianie.

Jeżeli podatnik powiadomi zakład pracy o zmianie stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia, zakład pracy nie zmniejsza zaliczki w wyżej określony sposób.

Pouczenie

Za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i przez to narażenie podatku na uszczuplenie grozi odpowiedzialność przewidziana w Kodeksie karnym skarbowym.

(oznaczenie pracodawcy)

Informacja dotycząca równego traktowania w zatrudnieniu

1. Jakakolwiek dyskryminacja w zatrudnieniu, bezpośrednia lub pośrednia, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony, ze względu na zatrudnienie w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy jest niedopuszczalna.
2. Pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie:
 - nawiązania i rozwiązania stosunku pracy.
 - warunków zatrudnienia,
 - awansowania,
 - dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych,w szczególności bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także bez względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy.
3. Równe traktowanie w zatrudnieniu oznacza nie dyskryminowanie w jakikolwiek sposób, bezpośredni lub pośrednio, z przyczyn wyżej określonych.
4. Dyskryminowanie bezpośrednio istnieje wtedy, gdy pracownik z jednej lub z kilku przyczyn określonych w § 1 był, jest lub mógłby być traktowany w porównywalnej sytuacji mniej korzystnie niż inni pracownicy.
5. Dyskryminowanie -pośrednie istnieje wtedy, gdy na skutek pozornie naturalnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują dysproporcje w zakresie warunków zatrudnienia na niekorzyść wszystkich lub znacznej liczby pracowników należących do grupy wyróżnionej ze względu na jedną lub kilka przyczyn wyżej określonych, jeżeli dysproporcje te nie mogą być uzasadnione innymi obiektywnymi powodami. Formami dyskryminacji pośredniej są ponadto:
 - 1) działanie polegające na zachęcaniu innej-osoby do naruszania zasady równego traktowania w zatrudnieniu,
 - 2) zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności albo poniżenie lub upokorzenie pracownika (molestowanie).
6. Dyskryminowaniem ze względu na płeć jest także każde nieakceptowane zachowanie o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności lub poniżenie albo upokorzenie pracownika. Na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy (molestowanie seksualne).
7. Za naruszenie zasady równego traktowania w zatrudnieniu uważa się różnicowanie przez pracodawcę sytuacji pracownika z jednej lub kilku przyczyn, tj. płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także bez względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy, którego skutkiem jest w szczególności:
 - 1) odmowa nawiązania lub rozwiązanie stosunku pracy,
 - 2) niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę lub innych warunków zatrudnienia albo pominięcie przy awansowaniu lub przyznawaniu innych świadczeń związanych z pracą,
 - 3) pominięcie przy typowaniu do udziału w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się obiektywnymi powodami.
8. Zasady równego traktowania w zatrudnieniu nie naruszają działania polegające na:
 - 1) nie zatrudnianiu pracownika z jednej lub kilku przyczyn, określonych jako kryteria dyskryminacyjne, jeżeli jest to uzasadnione ze względu na rodzaj pracy, warunki jej

- wykonywania lub wymagania zawodowe stawiane pracownikom,
- 2) wypowiedzeniu pracownikowi warunków zatrudnienia w zakresie wymiaru czasu pracy, jeżeli jest to uzasadnione przyczynami nie dotyczącymi pracowników,
 - 3) stosowaniu środków, które różnicują sytuację prawną pracownika ze względu na ochronę rodzicielstwa, wiek lub niepełnosprawność pracownika,
 - 4) ustalaniu warunków zatrudnienia i zwalniania pracowników, zasad wynagradzania i awansowania oraz dostępu do szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych - z uwzględnieniem kryterium stażu pracy.
9. Nie stanowią naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu działania podejmowane przez określony czas, zmierzające do wyrównywania szans wszystkich lub znacznej liczby pracowników wyróżniających z jednej lub kilku przyczyn określonych jako kryteria dyskryminacyjne, przez zmniejszenie na korzyść takich pracowników faktycznych nierówności, w zakresie określonym w tym przepisie.
10. Różnicowanie pracowników ze względu na religię lub wyznanie nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu, jeżeli w związku z rodzajem i charakterem działalności prowadzonej w ramach kościołów i innych związków wyznaniowych, a także organizacji, których cel działania pozostaje w bezpośrednim związku z religią lub wyznaniem, religia lub wyznanie pracownika stanowi istotne, uzasadnione i usprawiedliwione wymaganie zawodowe.
11. Pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.
Wynagrodzenie takie obejmuje wszystkie składniki wynagrodzenia, bez względu na ich nazwę i charakter, a także inne świadczenia związane z pracą, przyznawane pracownikom w formie pieniężnej lub w innej formie niż pieniężna.
Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także o porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku.
12. Na mocy art. 183d Kodeksu pracy osoba, wobec której pracodawca naruszył zasadę równego traktowania w zatrudnieniu, na prawo do odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów. Skorzystanie przez pracownika z uprawnień przysługujących z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.

Ja, niżej podpisany w dniu.....
zapoznałem się z powyższą informacją dotyczącą równego traktowania w zatrudnieniu.

.....
(podpis pracownika)

.....
(pieczęćka firmowa)

Legnica dnia,.....

Pan (i)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko)

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O ZAPOZNANIU SIĘ Z ART. 148 ORAZ ART. 178 KODEKSU PRACY

Art. 148.

W systemach i rozkładach czasu pracy, o których mowa w art. 135-138, 143 i 144, czas pracy:

- 1) pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy, na których występują przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń lub natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia,
- 2) pracownic w ciąży,
- 3) pracowników opiekujących się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia, bez ich zgody

- **nie może przekraczać 8 godzin.** Pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany w związku ze zmniejszeniem z tego powodu wymiaru jego czasu pracy.

Art. 178.

§ 1. Pracownicy w ciąży nie wolno zatrudniać **w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej.** Pracownicy w ciąży nie wolno bez jej zgody delegować poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w systemie czasu pracy, o którym mowa w art. 139.

§ 2. Pracownika opiekującego się **dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia** nie wolno bez jego zgody zatrudniać w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie czasu pracy, o którym mowa w art. 139, jak również delegować poza stałe miejsce pracy.

.....
(PODPIS PRACOWNIKA)

.....
imię i nazwisko

.....
nazwa zakładu pracy
.....
.....

INFORMACJA

Świadomy(a) obowiązków wynikających z art. 884 kpc informuję, iż:

- * nie jestem dłużnikiem i nie posiadam obciążeń z tytułu wyroku sądowego lub innych tytułów egzekucyjnych,
- * jestem dłużnikiem i posiadam obciążenia z tytułu wyroku sądowego, tytułu(ów) egzekucyjnego(ych)

nr sprawy oznaczenie komornika

nr sprawy oznaczenie komornika

nr sprawy oznaczenie komornika

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie dostarczyć tytuł wykonawczy lub wyrok w sprawie.

.....
Podpis pracownika

Art. 884. § 1. Zajęcie obowiązuje nadal, choćby po zajęciu nawiązano z dłużnikiem nowy stosunek pracy lub zlecenia albo choćby zakład pracy przeszedł na inną osobę, jeżeli osoba ta o zajęciu wiedziała.

§ 2. W razie rozwiązania stosunku pracy z dłużnikiem dotychczasowy pracodawca czyni wzmiankę o zajęciu należności w wydanym dłużnikowi świadectwie pracy, a jeżeli nowy pracodawca dłużnika jest mu znany, przesyła temu pracodawcy zawiadomienie komornika i dokumenty dotyczące zajęcia wynagrodzenia oraz powiadamia o tym komornika i dłużnika, przeciwko któremu toczy się postępowanie egzekucyjne. Wzmianka w świadectwie pracy powinna zawierać oznaczenie komornika, który zajął należność, oraz numer sprawy egzekucyjnej, jak również wskazać wysokość potrąconych już kwot. Przesłanie zawiadomienia komornikowi ma skutki zajęcia należności dłużnika u nowego pracodawcy od chwili dojsia zawiadomienia do tego pracodawcy.

§ 3. Nowy pracodawca, któremu pracownik przedstawi świadectwo pracy ze wzmianką o zajęciu należności, zawiadamia o zatrudnieniu pracownika pracodawcę, który wydał świadectwo, oraz wskazanego we wzmiance komornika. Jeżeli nowy pracodawca, któremu pracownik nie okazał świadectwa pracy, dowie się, gdzie pracownik był przedtem zatrudniony, obowiązany jest zawiadomić poprzedni pracodawcę o jego zatrudnieniu, chyba że pracownik przedstawi zaświadczenie tego zakładu stwierdzające, że jego należności nie były zajęte.

§ 4. Obowiązek powiadomienia komornika o zmianie pracodawcy obciąża również dłużnika. O obowiązku tym oraz o skutkach jego zaniedbania dłużnik powinien być pouczony przy zawiadomieniu go o zajęciu wynagrodzenia za pracę.

.....
(imię i nazwisko)

Legnica,
(miejscowość , data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany ,świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art.233 § 1 Kodeksu Karnego) oświadczam iż :

1.Posiadam ustalony stopień niepełnosprawności (zaznacz X właściwie)
 NIE TAK

Stopień niepełnosprawności: lekki , umiarkowany, znaczny *
Okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności : oddo

2. Pobieram (zaznacz X właściwie)

- emeryturę NIE TAK nr świadczenia
- rentę NIE TAK nr świadczenia
- inne świadczenia NIE TAK nr świadczenia

3.Prowadzę działalność gospodarczą (zaznacz X właściwie)

NIE TAK

4.Jestem zatrudniony (a) na podstawie umowy o prace w innym zakładzie pracy (bez względu na wymiar czasu pracy)

NIE TAK, wypełnić punkt 4.1

4.1 Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzeniu, tj. 2800,00 zł/miesięcznie w 2021 r.(zaznacz X właściwie)

NIE TAK

5.Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (zaznacz X właściwie)

NIE TAK, w załączeniu wypełnione zgłoszenie

6.Jednocześnie informuję, że o zmianie w/w faktu poinformuję płatnika składek.

NIE TAK

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis pracownika)

Pouczenie:

Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego mówi:"kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5- ciu"

.....
(imię i nazwisko)

Legnica,
(miejscowość , data)

.....
(adres)

WNIOSK

- Wnoszę o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych,
- Wnoszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń pieniężnych na osobiste konto bankowe :

.....
Nazwa i adres banku

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

Pełny numer konta bankowego

Jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego powiadomienia pracodawcy na piśmie o wszelkich zmianach dotyczących podanych wyżej informacji.

.....
(podpis pracownika)

imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE
Pracownika wychowującego przynajmniej jedno dziecko w wieku do lat 14.

Oświadczam, iż nie/zamierzam* skorzystać z przysługującego mi uprawnienia do zwolnienia z pracy na 2 dni albo 16 godzin w ciągu roku.....2021.....wynikającego z art. 188 k. p.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis

OŚWIADCZENIE

Informuję, że miejsce mojego zamieszkania jest położone poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy i nie otrzymuję dodatku za rozłąkę. W związku z powyższym proszę o podwyższenie odliczenia mi zryczałtowanych kosztów uzyskania o 25 % miesięcznie.

O zmianach stanu faktycznego, wynikającego ze składanego oświadczenia poinformuję przed wypłatą wynagrodzenia za miesiąc, w którym zaszła zmiana.

.....
podpis podatnika

Legnica,
miejscowość i data wypełnienia

Legnica ,
miejscowość data

Pan(i)
Zam.
.....

Wniosek pracownika (ubezpieczonego)

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego – NFZ następujących członków mojej rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	NIP	Stopień pokrewieństwa członka rodziny z pracownikiem (wpisać np. syn, córka, mąż, żona)	Miejsce zamieszkania*	Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? (wpisać TAK lub NIE)	Czy członek rodziny posiada stopień niepełności? (wpisać TAK lub NIE)
1.				-----				
2.				-----				
3.				-----				
4.				-----				

* jeśli adres członka rodziny jest taki sam jak pracownika, prosimy zapisać adnotację: „jak wyżej”, a jeśli inny to prosimy wpisać adres w rubryce

.....
data i podpis pracownika

INFORMACJA

Na pracodawcy ciąży obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pracownika. Pracownik powinien poinformować pracodawcę o członkach rodziny niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. Za członka rodziny, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, rozumie się następujące osoby niepodlegające temu ubezpieczeniu z innego tytułu, tj.:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. małżonka,
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym, gospodarstwie domowym.

Zgłoszenia członków rodziny płatnik składek dokonuje poprzez złożenie w ZUS formularza: ZUS ZCNA – „Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego”.
Płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pracownika pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał współmałżonek pracownika.

**KARTA EWIDENCYJNA PRYZDZIAŁU ODZIEŻY, OBUWIA ORAZ
ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ**

Nazwisko Imię

Data rozpoczęcia pracy Stanowisko pracy

Lp.	PRYZDZIAŁ		WYPOSAŻENIE			
	Wyszczególnienie	Okres użytkowania	Data wydania	Podpis pracownika	Data wydania	Podpis pracownika
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

**KARTA EWIDENCYJNA PRYZDZIAŁU ODZIEŻY, OBUWIA ORAZ
ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ**

Nazwisko Imię

Data rozpoczęcia pracy Stanowisko pracy

Lp.	PRYZDZIAŁ		WYPOSAŻENIE			
	Wyszczególnienie	Okres użytkowania	Data wydania	Podpis pracownika	Data wydania	Podpis pracownika
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

.....
(oznaczenie pracodawcy)

....., dnia r.

Oświadczenie o zapoznaniu pracownika z ryzykiem zawodowym

Oświadczam, że zostałem/-am zapoznany/-a z ryzykiem zawodowym związanym z pracą wykonywaną na stanowisku

W

(nazwa jednostki organizacyjnej)

oraz z zasadami ochrony przed zagrożeniami.

Przyjmuję do wiadomości znaczenie i rolę wdrożonych do stosowania środków ochronnych. Jestem świadomy/-a, że niestosowanie wdrożonych środków ochronnych powoduje wzrost ryzyka zawodowego – zwiększa prawdopodobieństwo zaistnienia wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

.....
(podpis pracownika)

Informację o ryzyku zawodowym przekazała:

.....

.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE
(wstępne/okresowe/kontrolne^{*)})**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią^{*)},
(imię i nazwisko)

nr PESEL^{**)}

zamieszkałego/zamieszkałą^{*)},
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną^{*)} lub podejmującego/podejmującą^{*)} pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....

określenie stanowiska/stanowisk^{*)} pracy^{***)}:

.....

.....

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia^{****)}:

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
(podpis pracodawcy)

Objaśnienia:

- *) Niepotrzebne skreślić.
- **) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.
- ***) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.
- ****) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:
 - 1) wydane na podstawie:
 - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
 - b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
 - c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
 - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512, z późn. zm.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
 - 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.