ZGŁOSZENIE DANYCH

…….

(Imię i Nazwisko)

…….

(PESEL)

1. Dane osobowe

Dane	
Stan cywilny	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny/zamieszkania (wpisać jeśli inny niż zameldowania)	
Nr telefonu e-mail	

2. Wykształcenie (poziom, tytuł, kierunek, specjalizacja)

……

3. Stopień niepełnosprawności.

……

4. Dane identyfikacyjne członków rodziny (dzieci/współmałżonek).

L.p.	Imię i Nazwisko	Data ur. lub PESEL	Stopień pokrewieństwa	Zgłaszam do ubezpieczenia
1.				TAK/NIE*
2.				TAK/NIE*
3.				TAK/NIE*
4.				TAK/NIE*
5.				TAK/NIE*

***niepotrzebne skreślić**

5. Uprawnienia/umiejętności (np. prawo jazdy, znajomość języków obcych, itp)

……
……
……

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 KK ustawa z dnia 6.VI. 1997r (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 t. j. ze zm.).

1. Oświadczam, że jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego przez ojca, matkę, współmałżonka, innego członka rodziny, w KRUS lub z innego tytułu. **TAK/NIE***
2. Oświadczam, że w chwili obecnej nie ma innej podstawy do objęcia mnie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. **TAK/NIE***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rodzaju:
imię (imiona) i nazwisko, obywatelstwo, numer PESEL, seria i numer dowodu osobistego, imiona rodziców, data i miejsce urodzenia, nazwisko rodowe, płeć, stan cywilny, dane identyfikacyjne członków rodziny, adres zameldowania na pobyt stały lub czasowy oraz adres do korespondencji, e-mail, nr telefonu, wykształcenie, ukończone szkoły, zawody wyuczone, zawody wykonywane, poziom znajomości języków obcych, posiadane uprawnienia zawodowe, umiejętności oraz predyspozycje, rodzaj i stopień niepełnosprawności, okresy zatrudnienia w tym zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, okresy pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty rodzinnej, okresy zatrudnienia za granicą, zajmowane stanowiska pracy, wymiar czasu pracy i podstawy wykonywania pracy, okresy wykonywania innej pracy zarobkowej i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, inne okresy zaliczane do okresu uprawniającego do zasiłku dla bezrobotnych, informacja o udzielonej pomocy przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, nr rachunku bankowego, wielkość gospodarstwa rolnego, Urząd Skarbowy,
w celu ustalenia statusu osoby bezrobotnej/poszukującej pracy,
zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a)* lub art. 9 ust. 2 lit. a)* Rozporządzeniem 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 (publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1).
Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

***niepotrzebne skreślić**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Przysusze.

…….

(data i podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy)