

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA STAŻYSTY/KI**

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI LUB KOMPUTEROWO

\*niewłaściwe skreślić

Rejestracja/zmiana\*

1.Nazwisko		2.NR kartoteki ERP.PER	
3.Nazwisko rodowe		4.Pesel	
5.Imię pierwsze		6.Imię drugie	
7.Płeć: Kobieta/Mężczyzna*	8. Data urodzenia	9. Obywatelstwo	
10.Dane kontaktowe			
<b>DOKUMENT TOŻSAMOŚCI</b>			
11.Rodzaj dokumentu tożsamości		12.Seria i numer dokumentu tożsamości	
<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>			
13.Kraj	14.Ulica	15.Nr domu	16.Nr mieszkania
17.Miejscowość	18.Kod pocztowy	19.Poczta	
20.Województwo/Region/Stan	21.Powiat	22.Gmina/dzielnica	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest taki sam jak adres zameldowania w pole obok wpisz N/D – nie dotyczy)</b>			
23.Kraj	24.Ulica	25.Nr domu	26.Nr mieszkania
27.Miejscowość	28.Kod pocztowy	29.Poczta	
30.Województwo	31.Powiat	32.Gmina/Dzielnica	

**ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest taki sam jak adres zameldowania w pole obok wpisz N/D – nie dotyczy)**

33.Kraj	34.Ulica	35.Nr domu	36.Nr mieszkania
37.Miejscowość	38.Kod pocztowy	39.Poczta	
40.Województwo	41.Powiat	42.Gmina/Dzielnica	

**DANE UBEZPIECZENIOWE****43.Ustalone prawo do emerytury lub renty:**

Proszę wpisać znak „x” we właściwy kwadrat

- osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
- osoba, która ma ustalone prawo do emerytury
- osoba, która ma ustalone prawo do renty

44.Nr emerytury/renty\*

45.Termin przyznania emerytury/renty\* (od –do)

46.Organ wypłacający emeryturę/rentę –nazwa oddziału ZUS/KRUS

47.Adres organu wypłacającego emeryturę/rentę

**48.Stopień niepełnosprawności:**

Proszę wpisać znak „x” we właściwy kwadrat

- brak orzeczenia o niepełnosprawności
- orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

49.Data wydania orzeczenia

50.Orzeczenie przyznane na okres (od – do)

51. Kod oddziału NFZ (nr-y kodów w objaśnieniach)

**FORMA PŁATNOŚCI**

52.Proszę o przelew stypendium na rachunek bankowy nr:

- - - - -

53. Nazwa banku

Podstawa prawna:**Obowiązek podania powyższych danych określa:**

- pkt. 1; 3-9;11-51 - Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23.10.2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz.U. z 2018 poz.804 z późn. zm) w związku z art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.)

od osób fizycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2352, z późn. zm.) w związku z art. 45b pkt 1 i 5 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 poz.200 z późn. zm.)

### OŚWIADCZENIE /DECLARATION

Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy.

O wszelkich zmianach dotyczących powyższego kwestionariusza osobowego zobowiązuje się powiadomić DKP UKSW niezwłocznie, w ciągu **3 dni roboczych składając nowy kwestionariusz osobowy (z zaznaczeniem ZMIANA)**

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości, że zmiany danych do PIT-u muszą być złożone do **10 stycznia** bieżącego roku podatkowego.

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że:

1. zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) – dalej: RODO, Administratorem moich danych osobowych jest Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (01-815 Warszawa, ul. Dewajtis 5);
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się: listownie na adres: ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa, przez e-mail: [iod@uksw.edu.pl](mailto:iod@uksw.edu.pl) lub telefonicznie 22/561 90 34;
3. moje dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
  - 1) związanych z realizacją podpisanej ze mną umowy,
  - 2) związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań,
  - 3) udzielania odpowiedzi na moje pisma, wnioski i skargi,
  - 4) udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach.
4. podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest:
  - 1) niezbędność do wykonania umowy lub do podjęcia działań przez Administratora na żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
  - 2) konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
  - 3) niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
5. moje dane osobowe mogą być przekazywane:
  - 1) podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora oraz
  - 2) organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną;
6. moje dane nie będą przekazane do państw trzecich;
7. okres przetwarzania moich danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane i jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:
  - 1) czasu obowiązywania umowy,
  - 2) przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
8. przysługuje mi prawo do:
  - 1) dostępu do moich danych osobowych,
  - 2) żądania sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
  - 3) żądania usunięcia moich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przeze mnie zgody na ich przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
  - 4) żądania ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych,
  - 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, ze względu na szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy moje dane są przetwarzane na podstawie prawnie usprawiedliwionego interesu Administratora,

- 6) przenoszenia moich danych osobowych,
- 7) wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. w zakresie, w jakim moje dane są przetwarzane na podstawie zgody – mam prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem. Zgodę mogę wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy Administratora;

Administrator nie korzysta z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

54 Data wypełnienia	55. Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie
---------------------	--

<b>Uwagi</b>	<b>Data wpływu do jednostki</b>
--------------	---------------------------------

## OBJAŚNIENIA

### 1. KODY ODDZIAŁÓW NFZ:

- 01 - Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
- 02 - Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
- 03 - Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
- 04 - Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
- 05 - Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
- 06 - Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
- 07 - Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
- 08 - Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
- 09 - Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
- 10 - Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
- 11 - Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
- 12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
- 13 - Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
- 14 - Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
- 15 - Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
- 16 - Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie