

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1 DANE IDENTYFIKACYJNE					
Imię		Nazwisko			
Nazwisko Rodowe		Imię ojca			
Imię matki		Nazwisko rodowe matki			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia			
Obywatelstwo					
PESEL		NIP			
2 MIEJSCE ZAMELDOWANIA					
Województwo		Gmina			
Powiat		Miasto			
Kod pocztowy		Poczta			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Telefon		Adres mailowy			
3 MIEJSCE ZAMIESZKANIA					
Województwo		Gmina			
Powiat		Miasto			
Kod pocztowy		Poczta			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
URZĄD SKARBOWY - adres gdzie należy przesyłać dokumenty PIT	, , nr domu , nr lokalu				
4 WYKSZTAŁCENIE					
Ukończona szkoła					
Wykształcenie		Tytuł naukowy			
Zawód wyuczony					
Specjalność wyuczona					
5 WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE					
Kursy					
Uprawnienia					
6 SŁUŻBA WOJSKOWA					
Stosunek do obow. obr.		Stopień wojskowy			
Nr książeczki woj.					

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany , zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. NR 1 z 1995 r.) niniejszym oświadczam, że nie jestem/jestem * zarejestrowany/a jako bezrobotny/a w Rejonowym Urzędzie Pracy.)

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany , oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującym w firmie Paris Optic Regulaminem Pracy oraz wewnętrznymi instrukcjami i procedurami. Oświadczam również, że akceptuję warunki pracy zawarte w/w dokumentach.

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie

POLECENIE PRZELEWU WYNAGRODZENIA NA RACHUNEK BANKOWY

ja, niżej podpisany

Proszę o przekazywanie mojego wynagrodzenia na konto osobiste (nr rachunku bankowego):

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

.....
data i podpis osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE URZĄD SKARBOWY I NFZ

1	DANE IDENTYFIKACYJNE					
	Imię		Nazwisko			
	Data urodzenia		Miejsce urodzenia			
	PESEL		NIP			
2	MIEJSCE ZAMELDOWANIA					
	Województwo		Gmina			
	Powiat		Miasto			
	Kod pocztowy		Poczta			
	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
3	MIEJSCE ZAMIESZKANIA					
	Województwo		Gmina			
	Powiat		Miasto			
	Kod pocztowy		Poczta			
	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
4	URZĄD SKARBOWY					
	Województwo					
	Powiat		Miasto			
	Kod pocztowy		Poczta			
	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
5	NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA					
	Województwo					
	Numer					

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

DANE OSOBY			
Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		NIP	
Adres	, /		

Zgodnie z art. 201 i 229 k.p. oraz rozporządzeniem MZiOS z dnia 30.05.96r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.Nr.69,poz.332), uprzejmie proszę o:

1. Przeprowadzenie badania lekarskiego (art. 201 i 229 k.p.)
brak
2. Wydanie orzeczenia lekarskiego:
o braku przeciwwskazań do wykonania pracy na określonym stanowisku (art.229 § 4 k.p)

Opis stanowisk pracy, czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz informacji o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia wykonanych na tych stanowiskach	
1. Stanowisko pracy, na którym pracownik jest zatrudniony:	
Opis stanowiska:	
2. Stanowisko pracy, na które pracownik może być przeniesiony:	
a) stanowisko	
Opis stanowiska:	
b) stanowisko	
Opis stanowiska:	
Proszę o określenie w zaświadczeniu lekarskim, na których z ww. stanowisk można zatrudnić wyżej wymienionego pracownika (§ 4 ust. 2 pkt. ww. rozporządzenia MZi OS)	

.....
otrzymałem(am)

.....
pieczętka i podpis pracodawcy

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

DANE OSOBY			
Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		NIP	
Adres	, /		

Zgodnie z art. 201 i 229 k.p. oraz rozporządzeniem MZiOS z dnia 30.05.96r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.Nr.69,poz.332), uprzejmie proszę o:

1. Przeprowadzenie badania lekarskiego (art. 201 i 229 k.p.)
brak
2. Wydanie orzeczenia lekarskiego:
o braku przeciwwskazań do wykonania pracy na określonym stanowisku (art.229 § 4 k.p)

Opis stanowisk pracy, czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz informacji o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia wykonanych na tych stanowiskach	
1. Stanowisko pracy, na którym pracownik jest zatrudniony:	
Opis stanowiska:	
2. Stanowisko pracy, na które pracownik może być przeniesiony:	
a) stanowisko	
Opis stanowiska:	
b) stanowisko	
Opis stanowiska:	
Proszę o określenie w zaświadczeniu lekarskim, na których z ww. stanowisk można zatrudnić wyżej wymienionego pracownika (§ 4 ust. 2 pkt. ww. rozporządzenia MZi OS)	

.....
otrzymałem(am)

.....
pieczętka i podpis pracodawcy

KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Imię i nazwisko osoby odbywające szkolenie	
2. Nazwa komórki organizacyjnej	
3. Instruktaż ogólny	Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)
4. Instruktaż stanowiskowy	1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach - 2012-05-21 r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan (i) został (a) dopuszczony (a) do wykonywania pracy na stanowisku: (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) 2012-05-21 (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)
4. Instruktaż stanowiskowy	2) **Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach r. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan (i) został (a) dopuszczony (a) do wykonywania pracy na stanowisku: (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)

* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywania prac.

** Wypełniać w przypadkach, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Klauzula poufności danych

Pomiędzy:

PARIS OPTIC SP. Z O.O.
Pl. Konstytucji 5
00-657 Warszawa

oraz jego zastępcami prawnymi
Zwanym dalej "przedsiębiorstwo"

A:

/

Zwanym dalej "Stroną".

Strona zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji nieujawnionych do wiadomości publicznej, a w szczególności informacji technicznych, technologicznych, organizacyjnych, strategicznych, finansowych związanych z działalnością Przedsiębiorstwa lub wszelkich innych informacji posiadających wartość gospodarczą, a związanych z działalnością Przedsiębiorstwa przez okres trzech lat od daty zakończenia stosunku prawnego pomiędzy Przedsiębiorstwem i Stroną.

Przekazanie, ujawnienie lub wykorzystanie informacji stanowiących tajemnicę Przedsiębiorstwa, jeżeli zagraża lub narusza interes przedsiębiorcy, może być uznane za czyn nieuczciwej konkurencji.

Zachowanie w tajemnicy oznacza możliwość ujawnienia takich informacji stronie trzeciej wyłącznie za uprzednią pisemną zgodą przedsiębiorcy i po poinformowaniu o poufnym charakterze przekazywanych informacji i pisemnym zobowiązaniu strony trzeciej do zachowania poufności.

Powyższego zobowiązania nie narusza ujawnienie informacji:

- a) dostępnych publicznie;
- b) uzyskanych niezależnie z innych źródeł;
- c) co do których uzyskano pisemną zgodę;
- d) których ujawnienie może być wymagane na podstawie przepisów prawa.

W przypadku naruszenia klauzuli poufności Przedsiębiorstwo będzie mogło żądać:

zaniechania niedozwolonych działań,
usunięcia skutków niedozwolonych działań,
złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie,
naprawienia wyrządzonej szkody, na zasadach ogólnych,
wydania bezpodstawnie uzyskanych korzyści, na zasadach ogólnych,

W przypadku naruszenia klauzuli poufności przedsiębiorstwo będzie mogło wypowiedzieć umowę o pracę lub umowę o świadczenie usług lub wszelkie inne formy umów wiążące Przedsiębiorstwa i Strony w trybie natychmiastowym z powodów dyscyplinarnych lub z winy Strony.

OŚWIADCZENIE ZŁOŻENIA PODPISU

Oświadczam, że w mojej obecności dnia

Pan/Pani

podpisał/podpisała i wypełnił/wypełniła następujące dokumenty:

- kwestionariusz osobowy
- oświadczenie przelewu wynagrodzenia
- oświadczenie o bezrobociu
- dane do Urzędu skarbowego i NFZ
- zaświadczenie ze szkolenia BHP - w przypadku umowy o pracę
- podpisane skierowanie na badania lekarskie - w przypadku umowy o pracę
- oświadczenie o zaznajomieniu się z obowiązującym w firmie Regulaminem Pracy oraz Instrukcjami i Procedurami
- klauzula poufności
- umowę o pracę\umowę zlecenie (błędne skreślić)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie