KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

|  |
| --- |
| **dane osobowe** |
| **pesel:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **data urodzenia:** | **r** | **r** | **r** | **r** |  | **m** | **m** |  | **d** | **d** |
| **nazwisko:** | **imię:** |
| **seria i numer paszportu w PRZYPADKU OBCOKRAJOWCA:** | **obywatelstwo:** |
| **adres zamieszkania** |
| **kod pocztowy:** |  |  |  |  |  |  | **miejscowość:** |
| **poczta:** | **ulica:** |
| **nr domu:**  |  |  |  | **nr lokalu:** |  |  |  | **województwo:** |
| **powiat:** | **Gmina:** |
| **adres zameldowania** |
| **kod pocztowy:** |  |  |  |  |  |  | **miejscowość:** |
| **poczta:** | **ulica:** |
| **nr domu:**  |  |  |  | **nr lokalu:** |  |  |  | **województwo:** |
| **powiat:** | **Gmina:** |
| **adres korespondencyjny (uzupełnić jeśli inny niż zamieszkania)** |
| **kod pocztowy:** |  |  |  |  |  |  | **miejscowość:** |
| **poczta:** | **ulica:** |
| **nr domu:**  |  |  |  | **nr lokalu:** |  |  |  | **województwo:** |
| **powiat:** | **Gmina:** |
| **dane kontaktowe** |
| **telefon:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **e-mail:** |
| **dane urzędowe** |
| **nazwa nfz:** |
| **nazwa i adres urzędu skarbowego :** |
| **wykształcenie** |
| [ ]  podstawowe [ ]  zawodowe [ ]  średnie [ ]  wyższe [ ] MBA/podyplomowe [ ]  studia doktoranckie |
| **nazwa szkoły/uczelni:**  | **tytuł:** |

Ja niżej podpisany(a) upoważniam Adecco Poland Sp. z o.o. do przelewania mojego wynagrodzenia na nr konta:

 (data i podpis pracownika)

**1.** Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celu prowadzenia
i administrowania procesu zatrudnienia. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

[ ]  TAK

2. A) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych z wykorzystaniem adres e-mail/ sms w celach marketingowych. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą
w Warszawie.

[ ]  TAK

 B) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celach marketingowych z wykorzystaniem połączeń telefonicznych. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

[ ]  TAK

3. Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Adecco Poland sp. z o.o. informacji drogą elektroniczną. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

[ ]  TAK

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dla Edenred Sp. z o.o., która dla Adecco Poland Sp. z o.o. prowadzi program lojalnościowy i motywacyjny dla pracowników, w zakresie udostępnienia adresu mailowego.

[ ]  TAK

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celu prowadzenia
i administrowania przyszłymi procesami rekrutacyjnymi z moim udziałem, w tym na otrzymywanie informacji o ofertach pracy. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

[ ]  TAK

**6. Potwierdzenie zapoznania się z treścią regulaminu pracy Adecco Poland Sp. z o.o.**

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż zapoznano go przed rozpoczęciem pracy z obowiązującym w Adecco Poland Sp. z o.o. regulaminem pracy.

[ ]  TAK

**7. Potwierdzenie zapoznania się z regulaminem pracy Pracodawcy Użytkownika.**

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż w związku z podjęciem pracy Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. na stanowisku Pracownik magazynowy ds. Logistycznych zapoznano go przed rozpoczęciem pracy z obowiązującym w Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. regulaminem pracy.

 [ ]  TAK

**8. Potwierdzenie zapoznania się z przepisami i zasadami bhp.**

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż w związku z podjęciem pracy w Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. na stanowisku Pracownik magazynowy ds. Logistycznych przed rozpoczęciem pracy zapoznano go z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, zgodnie z art. 237 4 § 3 k.p.

[ ]  TAK

**9. Potwierdzenie zapoznania się z przepisami o równym traktowaniu w zatrudnieniu.**

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż udostępniono mu tekst przepisów dotyczących równego traktowania
w zatrudnieniu tj. art. 18 3a-e Kodeksu Pracy. Przepisy te zostały przedłożone do wglądu.

[ ]  TAK

**10. Potwierdzenie poinformowania o monitoringu w miejscu wykonywania pracy**

Oświadczam, że zostałem poinformowany o celu, zakresie oraz o zasadach stosowania monitoringu na terenie zakładu Pracodawcy Użytkownika Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. .

[ ]  TAK

**11. Potwierdzenie zapoznania się z obowiązkiem informacyjnym Administratora.**

Oświadczam, że zostałem poinformowany kto jest administratorem moich danych osobowych, celu przetwarzania oraz przysługujących mi z tego tytułu prawach.

[ ]  TAK

Oświadczam, że powyższe dane podałam(-łem) zgodnie ze stanem faktycznym.

 (Data i podpis)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość i data

Nazwisko i Imię pracownika

PESEL

# Oświadczenie

Niniejszym zaświadczam, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy:

[ ]  świadczyłem/am pracę na rzecz pracodawcy użytkownika, czyli firmy Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. w okresie

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  nie świadczyłem/am pracy na rzecz w/w firmy

**Oświadczenie**

**dla celów stosowania podwyższonych kosztów uzyskania przychodów ze stosunku służbowego, stosunku pracy**

(art. 32 ust. 5 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. O Podatku Dochodowym Od Osób Fizycznych Dz.U. Nr 14 z 2000 r. poz. 176 z późniejszymi zmianami)

**Niniejszym proszę płatnika Adecco Poland Sp. z o.o.** o odliczanie podwyższonych kosztów uzyskania przychodów, gdyżzamieszkuję w \_\_\_\_\_\_ tj. poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy, oraznie otrzymuję dodatku za rozłąkę.

[ ]  nie dotyczy

**Oświadczenie o rezygnacji z ulgi podatkowej dla celów podatkowych ze stosunku pracy**

Niniejszym proszę płatnika **Adecco Poland Sp. z o.o.** o **NIE POTRĄCANIE** ulgi podatkowej od miesiąca \_\_\_\_\_\_ , gdyż:
[ ]  otrzymuję rentę lub emeryturę:

Nr legitymacji ZUS: , data wydania , okres ważności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  prowadzę działalność gospodarczą [ ]  inne \_\_\_\_\_\_\_

[ ]  nie dotyczy

 **Oświadczenie pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka**

W związku z art. 188 K.p. oświadczam, iż jako pracownik wychowujący dziecko do lat 14[ ]  ***będę\* /***[ ]  ***nie będę***\* korzystał ze zwolnienia od pracy w wymiarze dwóch dni / 16 godzin. Jednocześnie oświadczam, iż drugi rodzic / opiekun dziecka[ ]  ***będzie\* /*** [ ] ***nie będzie\**** korzystał z uprawnień wynikających z tego przepisu.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | Data urodzenia dziecka |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

[ ] nie dotyczy – nie mam dzieci w tym wieku

Oświadczam, że powyższe dane podałam(-łem) zgodnie ze stanem faktycznym.

 (data i podpis pracownika)

Miejscowość i data

Nazwisko i imię pracownika

PESEL

# OŚWIADCZENIE

**HASŁO DO OBSŁUGI TELEFONICZNEJ**

### [ ] Podaję hasło telefoniczne

[ ] Zmieniam hasło telefoniczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(data i podpis pracownika)

**Zasady ustawienia hasła telefonicznego:**

* 1. Hasło do obsługi telefonicznej może być ustalone dla każdego pracownika lub zleceniobiorcy zatrudnionego w spółkach Grupy Adecco: Adecco Poland, Adecco Consulting, Adecco Staffing, Modis Polska. Nie dotyczy osób zatrudnionych na umowy B2B.
	2. Aby ustalić hasło do obsługi telefonicznej pracownik/zleceniobiorca powinien uzupełnić osobiście niniejsze oświadczenie.
	3. Hasło powinno zawierać **maksymalnie 15 znaków**: litery, cyfry.

 Hasło nie może zawierać: imion własnych i nazwiska, obraźliwych słów, ani przekleństw. Ze względu na zastosowanie przy obsłudze telefonicznej nie musi zawierać znaków specjalnych i rozróżnienia dużych i małych liter.

* 1. Zmiana hasła do obsługi telefonicznej jest możliwa tylko osobiście w biurze Adecco poprzez ponowne uzupełnienie niniejszego oświadczeni

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość i data

nazwisko i imię pracownika

PESEL

**Oświadczenie**

**dane kontaktowe w razie wypadku**

|  |
| --- |
| **dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku \*** |
| **imię, nazwisko:** |  |
| **telefon:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Zobowiązuję się do przekazania wskazanej powyżej osobie informacji o administratorze danych, celu przetwarzania związanym z nagłymi sytuacjami związanymi z ratowaniem życia bądź zdrowia, oraz o udostępnieniu pełnej treści obowiązku informacyjnego pod adresem: [www.adecco.pl/osobykontaktowe](http://www.adecco.pl/osobykontaktowe) .

 (data i podpis pracownika)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość i data

Nazwisko i imię pracownika

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

**pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka do lat 4**

W związku z art. 178 § 2 K.p. oświadczam, jako pracownik opiekujący się dzieckiem w wieku do lat 4 [ ] ***wyrażam zgodę\* /*** [ ] ***nie wyrażam zgody\**** na zatrudnienie w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie czasu pracy, o którym mowa w art. 139 K.p oraz delegowania poza stałe miejsce pracy.

[ ]  nie dotyczy – nie mam dzieci w tym wieku

 (data i podpis pracownika)

WYPEŁNIAĆ NA MASZYNIE, KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE, DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

**1. Identyfikator podatkowy NIP /numer PESEL** (niepotrzebne skreślić) **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 2016 r. poz. 2032, z późn. zm.),zwanej dalej ”ustawą”. |
| **A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA** |
|  | **2. Nazwisko** | **3. Pierwsze imię** | **4. Data urodzenia** (dzień - miesiąc - rok) |

Niniejszym określam płatnika: **ADECCO SP. Z O.O**

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 ustawy 1), 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,

1. nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(-na) opłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy, tj. dochodów:
	1. z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
	2. 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.

## **Pouczenie**

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

## **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.

1/1

**PIT-2**(5)