# KWESTIONARIUSZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DOKŁADNIE I W SPOSÓB CZYTELNY

1. **I Zdjęcie podpisane na odwrocie – 2 szt. Pracownicy ochrony**

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. **Nazwisko**.................. NP. KOWALSKI...........................................................................................................................
2. **Imiona**.......................................... NP. JAN
3. **Nazwisko rodowe**..... NP. ORDON..............
4. **Data urodzenia**... NP. 06.09.2022 ..................**Miejsce urodzenia**. NP. STALOWA WOLA.............................................
5. **Imię ojca i matki**.......... np.: STANISŁAW GRAŻYNA................................................................................................
6. **PESEL**..................... np.: 09080706657...........................................................
7. Obywatelstwo …………… np.: POLSKIE………………………………
8. E-mail:……………… np.: JANKOWALSKI@GMAIL.COM……………………………………..
9. **Oświadczam, ze dane zawarte w pkt. 1, 2, 7 są zgodne z dowodem osobistym**

**seria** .. np.:.CCL........................  **nr dowodu osobistego**.......... np.: 998...................................................................

**wydanym przez**.. np. Wójt gminy Janów Lubelski........................................................................................... **dnia**...... np.:05.10.2016................................................

1. **Wykształcenie**...................................................................10.**Nazwa szkoły**................................................................

11. **Miejsce zameldowania (stałe)**

**Kod Pocztowy**.... np.:37-405...........  **Poczta** ................. np. :Stalowa Wola.............................

**Ulica**............. np.:Wrzosowa.........................**nr domu**............ np.:36................**nr lokalu**... np.:55.................

**Miejscowość** np.:Stalowa Wola.........……… ………**Gmina**…… np.: Stalowa Wola

**Powiat** …… np.Stalowowolski ………………**Województwo**………… np.:Podkarpackie

**Nr telefonu**................ np.:548858969...............................................................................................................

12. **Miejsce zamieszkania**

**Kod Pocztowy**................................  **Poczta** ..........................................................................................................

**Ulica**.....................................................................................**nr domu**............................**nr lokalu**.................................

**Miejscowość** …………...................……………………**Gmina**………………………………………..………..……

**Powiat** …………………………………………**Województwo**…………………………………..………………….

**Nr telefonu**......................................................................................................................................................................

13**. Adres do korespondencji**

**Kod Pocztowy**................................  **Poczta** ..........................................................................................................

**Ulica**.....................................................................................**nr domu**............................**nr lokalu**.................................

**Miejscowość** …………...................……………………**Gmina**………………………………………..………..……

**Powiat** …………………………………………**Województwo**…………………………………..………………….

**Nr telefonu**......................................................................................................................................................................

**DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

14. **Adres właściwego Urzędu Skarbowego**............. Metalowców 6, 37-450 Stalowa Wola

..........................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

15.**Czy posiada orzeczoną niepełnosprawność**...................................................................................................................

16.**Stopień niepełnosprawności**……………………………………………………………………………………………

17.**Okres na jaki został orzeczony stopień niepełnosprawności** **od**.....................................**do**......................................

18.**Czy figuruje w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna**………………………………………………………….…

19**.Jestem / nie jestem obecnie zatrudniony** .....................................................................................................................

**( nazwa zakładu pracy )**

20**. Wysokość wynagrodzenia** ............................................................

21. **Wykonuję / nie wykonuję umowa zlecenie** ..............................................................................................................

**( nazwa zakładu pracy).**

22**. Czy są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne – z umowy zlecenia** ....................................................

23**. Jestem/ nie jestem studentem** .....................................................................................................................................

**( nazwa uczelni)**

**Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne z prawdą.**

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:   1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SKAREM Sp. z o.o.\* / Sp. kom.\* z siedzibą w Stalowej Woli ul. 1 Sierpnia 24   2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@skarem.pl,  3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zatrudniania i przyznawania świadczeń socjalnych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.  4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznawania świadczeń socjalnych  5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 50 lat  6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody  7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego  8) podanie danych osobowych w oparciu o przepisy prawa jest obligatoryjne, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne   * niepotrzebne skreślić |

**Data i czytelny podpis pracownika** ...............NP. 07.11.2022 JAN KOWALSKI............

..... NP. JAN KOWALSKI .. np.: STALOWA WOLA 07.11.2022

**imię i nazwisko miejscowość i data**

# OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej zgodnie z art.233 KK § 1 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam , że nie pobieram emerytury lub renty z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych **\***

lub renty z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Oświadczam , że pobieram emeryturę , rentę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

w....................................................................................................od dnia..........................................................

Nr renty lub emerytury........................................................................................................................................

\*niepotrzebne skreślić

............. NP. JAN KOWALSKI

(czytelny podpis pracownika)

........ NP. JAN KOWALSKI

(imię i nazwisko)

Miejscowość, dnia .... np.: STALOWA WOLA 07.11.2022

# *OŚWIADCZENIE*

Ja niżej podpisany/a/ ............. NP. JAN KOWALSKI

wyrażam zgodę na przekazywanie mojego wynagrodzenia na założony przeze

mnie Rachunek Oszczędnościowo Rozliczeniowy................................................

...................................................................................................................................

...................................................................................................................................

**W załączeniu należy przesłać potwierdzenie konta z banku**.

NP. JAN KOWALSKI 07.11.2022 ......................................................

Data i podpis pracownika

WYPEŁNIAĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

**PIT-2**(9) 1/3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL** (niepotrzebne skreślić) **podatnika**  └────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┘ | | | |
| **PIT-2**  **OŚWIADCZENIA / WNIOSKI**  **podatnika**  **dla celów obliczania miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych**1) | | | |
| Podatnik wypełnia tylko te części, w zakresie których składa oświadczenie lub wniosek. Oświadczenia lub wnioski składa się poprzez zaznaczenie właściwego (-ych) kwadratu (-ów),  a w części E w poz. 10 dodatkowo poprzez skreślenie niewłaściwej treści w pkt 1 albo 2, oraz złożenie podpisu w części K. | | | |
| Podstawa prawna: | | Art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.), zwanej dalej ”ustawą”. | |
| **A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA** | | | |
| **2. Nazwisko** | **3. Pierwsze imię** | | **4. Data urodzenia** (dzień - miesiąc - rok)    └────┴────┘-└────┴────┘-└────┴────┴────┴────┘ |
| **B. DANE PŁATNIKA, KTÓREMU SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE / WNIOSEK** | | | |
| **5. Nazwa pełna płatnika** | | | |
| **C. OŚWIADCZENIE PODATNIKA SKŁADANE PŁATNIKOWI**2) **W SPRAWIE POMNIEJSZENIA**  **O KWOTĘ ZMNIEJSZAJĄCĄ PODATEK**3) | | | |
| **6. Niniejszym wnoszę o pomniejszanie miesięcznej zaliczki na podatek o kwotę stanowiącą:**  ❑ 1/12 kwoty zmniejszającej podatek (300 zł) albo ❑ 1/24 kwoty zmniejszającej podatek (150 zł), albo ❑ 1/36 kwoty zmniejszającej podatek (100 zł) | | | |
| **7. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożone oświadczenie | | | |
| **D. OŚWIADCZENIE PODATNIKA SKŁADANE PŁATNIKOWI**4) **W SPRAWIE POMNIEJSZENIA**  **O KWOTĘ ZMNIEJSZAJĄCĄ PODATEK**5) | | | |
| **8. Niniejszym wnoszę o pomniejszanie miesięcznej zaliczki na podatek o kwotę stanowiącą:**  ❑ 1/24 kwoty zmniejszającej podatek (150 zł) ❑ 1/36 kwoty zmniejszającej podatek (100 zł) | | | |
| **9. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożone oświadczenie dotyczące podziału kwoty zmniejszającej podatek, albo  ❑ rezygnuję ze stosowania pomniejszenia w wysokości 1/12 kwoty zmniejszającej podatek | | | |
| **E. OŚWIADCZENIE PODATNIKA SKŁADANE PŁATNIKOWI**6) **O ZAMIARZE PREFERENCYJNEGO OPODATKOWANIA DOCHODÓW (Z MAŁŻONKIEM / JAKO OSOBA SAMOTNIE WYCHOWUJĄCA DZIECKO)**7) | | | |
| **10. Niniejszym oświadczam, że zamierzam opodatkować dochody za rok podatkowy w sposób przewidziany dla:**  ❑ małżonków albo ❑ osób samotnie wychowujących dzieci, a:   1. moje dochody nie przekroczą kwoty 120 000 zł, a małżonek lub dziecko nie uzyskują żadnych dochodów, które łączy się z moimi dochodami8),   2) moje dochody przekroczą kwotę 120 000 zł, a przewidziane roczne dochody małżonka lub dziecka, które łączy się z moimi dochodami, nie przekroczą tej kwoty8) | | | |
| **11. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożone oświadczenie | | | |
| **F. OŚWIADCZENIE PODATNIKA SKŁADANE ZAKŁADOWI PRACY W SPRAWIE KORZYSTANIA Z PODWYŻSZONYCH PRACOWNICZYCH KOSZTÓW UZYSKANIA PRZYCHODÓW**9) | | | |
| **12. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ spełniam warunki do korzystania z podwyższonych kosztów uzyskania przychodów, gdyż moje miejsce zamieszkania (stałego lub czasowego) znajduje się poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy i nie otrzymuję dodatku za rozłąkę | | | |
| **13. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożone oświadczenie | | | |

WYPEŁNIAĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

**PIT-2**(9) 2/3

|  |  |
| --- | --- |
| **G. OŚWIADCZENIE PODATNIKA SKŁADANE PŁATNIKOWI**10) **W SPRAWIE ZWOLNIEŃ, O KTÓRYCH MOWA W ART. 21 UST. 1 PKT 152-154 USTAWY** (w poz. 14 należy zaznaczyć właściwy(-e) kwadrat(-y)) | |
| **14. Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki do stosowania zwolnienia, o którym mowa:**  ❑ w art. 21 ust. 1 pkt 152 ustawy (ulga na powrót); zwolnienie proszę stosować w latach od └────┴────┴────┴────┘ do └────┴────┴────┴────┘  ❑ w art. 21 ust. 1 pkt 153 ustawy (ulga dla rodzin 4+)  ❑ w art. 21 ust. 1 pkt 154 ustawy (ulga dla pracujących seniorów)  i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia | |
| **15. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożone oświadczenie | |
| **H. WNIOSEK PODATNIKA SKŁADANY PŁATNIKOWI**11) **O NIESTOSOWANIE ULGI DLA MŁODYCH**12) **LUB PRACOWNICZYCH KOSZTÓW UZYSKANIA PRZYCHODÓW**13) (w poz. 16 i 17 należy zaznaczyć właściwy(-e) kwadrat(-y))11) | |
| **16. Niniejszym wnioskuję o obliczanie zaliczek na podatek dochodowy bez stosowania:**  ❑ ulgi dla młodych ❑ pracowniczych kosztów uzyskania przychodów | |
| **17. Niniejszym oświadczam, że wycofuję uprzednio złożony wniosek w zakresie:**  ❑ ulgi dla młodych ❑ pracowniczych kosztów uzyskania przychodów | |
| **I. WNIOSEK PODATNIKA SKŁADANY PŁATNIKOWI**14) **O REZYGNACJĘ ZE STOSOWANIA 50%**  **KOSZTÓW UZYSKANIA PRZYCHODÓW**15) | |
| **18. Niniejszym wnioskuję o niestosowanie 50% kosztów uzyskania przychodów przy obliczaniu zaliczek na podatek dochodowy:**  ❑ tak | |
| **19. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożony wniosek | |
| **J. WNIOSEK PODATNIKA SKŁADANY PŁATNIKOWI**16) **W SPRAWIE NIEPOBIERANIA ZALICZEK W ROKU PODATKOWYM** | |
| **20. Niniejszym wnioskuję o niepobieranie zaliczek w roku** └────┴────┴────┴────┘, gdyż przewiduję, że uzyskane przeze mnie dochody podlegające opodatkowaniu według skali podatkowej nie przekroczą w tym roku kwoty 30 000 zł  ❑ tak | |
| **21. Niniejszym oświadczam, że:**  ❑ wycofuję uprzednio złożony wniosek | |
| **K. PODPIS** | |
| **22. Data wypełnienia** (dzień – miesiąc – rok)  └────┴────┘-└────┴────┘-└────┴────┴────┴────┘ | **23. Podpis podatnika** |

1) Oświadczenia i wnioski według niniejszego wzoru mogą być złożone przez podatnika, jeśli nie złożył on oświadczeń i wniosków w inny sposób wskazany przez płatnika. Płatnik może wyznaczyć inny sposób przyjmowania oświadczeń i wniosków mających wpływ na obliczenie zaliczki na podatek (np. poprzez elektroniczny system kadrowo-płacowy).

2) Oświadczenie w części C składa się zakładowi pracy, o którym mowa w art. 32 ustawy oraz płatnikowi, o którym mowa w art. 41 ust. 1 ustawy (np. zleceniodawcy, zamawiającemu dzieło).

3) Zgodnie z art. 31b ustawy.

4) Oświadczenie w części D składa się rolniczej spółdzielni produkcyjnej i innym spółdzielniom zajmującym się produkcją rolną oraz organowi egzekucyjnemu wypłacającemu za zakład pracy należności ze stosunku pracy i stosunków pokrewnych lub podmiotowi niebędącemu następcą prawnym zakładu pracy, przejmującemu zobowiązania zakładu pracy wynikające ze stosunku pracy i stosunków pokrewnych.

5) Zgodnie z art. 31b ust. 3 i 4 ustawy.

6) Oświadczenie w części E składa się zakładowi pracy, o którym mowa w art. 32 ustawy, rolniczej spółdzielni produkcyjnej oraz innym spółdzielniom zajmującym się produkcją rolną.

7) Zgodnie z art. 6 ust. 2 albo 4d ustawy.

8) Niepotrzebne skreślić.

9) Zgodnie z art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy.

10) Oświadczenie w części G składa się płatnikowi wypłacającemu przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej i spółdzielczego stosunku pracy, z umów zlecenia, o których mowa w art. 13 pkt 8 ustawy, oraz z zasiłku macierzyńskiego.

11) Wniosek w części H składa się płatnikowi wypłacającemu przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej i spółdzielczego stosunku pracy, z umów zlecenia, o których mowa w art. 13 pkt 8 ustawy, oraz z zasiłku macierzyńskiego. Jeśli płatnikiem jest zakład pracy, można zaznaczyć dwa kwadraty.

12) Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy.

13) Zgodnie z art. 22 ust. 2 pkt 1 lub 3 ustawy.

14) Wniosek w części I może być złożony zakładowi pracy, o którym mowa w art. 32 ustawy, lub płatnikowi, o którym mowa w art. 41 ust. 1 ustawy.

15) Zgodnie z art. 22 ust. 9 pkt 1-3 ustawy.

16) Wniosek w części J może być złożony zakładowi pracy, o którym mowa w art. 32 ustawy, rolniczej spółdzielni produkcyjnej i innym spółdzielniom zajmującym się produkcją rolną oraz płatnikowi, o którym mowa w art. 41 ust. 1 ustawy (np. zleceniodawcy, zamawiającemu dzieło).

Oświadczenia i wnioski z wyjątkiem wniosku w części J, który dotyczy jednego roku, dotyczą również kolejnych lat podatkowych.

Podatnik jest obowiązany wycofać lub zmienić złożone uprzednio oświadczenie lub wniosek, jeżeli zmieniły się okoliczności mające wpływ na obliczenie zaliczki na podatek. Wycofanie i zmiana złożonego wcześniej oświadczenia lub wniosku następuje poprzez złożenie nowego oświadczenia lub wniosku.

Przykładowo, jeśli podatnik chce zmienić lub wycofać wcześniej złożone zakładowi pracy oświadczenie w zakresie stosowania kwoty zmniejszającej podatek, to wypełnia część C. Przy czym w przypadku zmiany wcześniejszego oświadczenia, podatnik wypełnia poz. 6, a w przypadku wycofania uprzednio złożonego oświadczenia, wypełnia poz. 7.

Płatnik uwzględnia oświadczenie/wniosek najpóźniej od miesiąca następnego po miesiącu, w którym otrzymał to oświadczenie/wniosek.

Po ustaniu stosunku prawnego łączącego strony, płatnik przy obliczaniu zaliczek na podatek nie stosuje oświadczeń i wniosków złożonych uprzednio przez podatnika,

z wyjątkiem wniosków podatnika zawartych w części H i I niniejszego formularza.

Część C i D może wypełnić podatnik, który uzyskuje w danym miesiącu przychody:

1) od więcej niż jednego płatnika, jeżeli:

a) łączna kwota pomniejszenia stosowana przez wszystkich płatników w tym miesiącu nie przekracza 1/12 kwoty zmniejszającej podatek oraz

b) w roku podatkowym podatnik nie skorzystał za pośrednictwem płatnika w pełnej wysokości z pomniejszenia kwoty zmniejszającej podatek, w tym także poprzez złożenie wniosku o niepobieranie zaliczek w danym roku podatkowym;

2) od tego samego płatnika z różnych tytułów (np. ze stosunku pracy i z umowy zlecenia), przy czym łączna kwota pomniejszenia zastosowana w tym miesiącu przez tego płatnika nie może przekroczyć kwoty wskazanej w tym oświadczeniu.

Część D wypełnia podatnik, który chce upoważnić płatnika stosującego z urzędu pomniejszenie zaliczki na podatek o 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, do pomniejszania zaliczki na podatek w innej wysokości, tj. o 1/24 albo 1/36 kwoty zmniejszającej podatek. Oświadczenie w zakresie części C i D podatnik może złożyć nie więcej niż trzem płatnikom.

**Pouczenie**

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

Stalowa Wola dnia ....................07.11.2022R ..........................

PAN(I) ......NP. JAN KOWALSKI

Na podstawie art. 2379 § 2 KP informuję, że firma Skarem Sp. z o.o. Sp. kom.

Stalowa Wola wykonuje bezpłatnie pranie odzieży roboczej. Pranie odbywa się

w pralni EKO – HIT Stalowa Wola, ul. Poniatowskiego dwa razy w miesiącu

tj. 5 i 25 każdego miesiąca.

. NP. JAN KOWALSKI.......................

(podpis pracownika)

Załącznik nr 1

do Zarządzenia 1 Z/1/03/2017

np.: Stalowa wola 01.11.2022

...................................................................

/ miejscowość i data /

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a………………………………… NP. . JAN KOWALSKI

…………………………………………

( imię/ imiona i nazwisko)

oświadczam **że nie byłem/byłam karany/\***a za przestępstwo umyślne lub umyślne przestępstwo skarbowe i zgodnie z moją najlepszą wiedzą oświadczam, że w chwili obecnej wobec mnie **nie toczy (ą ) się / toczy (się)\*** postępowanie (-a) karne.

Powyższe oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych oświadczeń.

NP. . JAN KOWALSKI

……………………………………………….

( czytelny podpis pracownika)

\*Niepotrzebne skreślić

Jeżeli toczy się postępowanie karne, proszę w kilku zdaniach opisać na odwrocie kartki jego charakter.

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń

Nazwisko: NP KOWALSKI

Nazwisko rodowe NP. ORDON.

Imiona 1 NP. JAN

2

Data urodzenia NP. 09.10.2022 PESELNP. 98060704776

Inny identyfikator jeżeli nie nadano nr PESEL (dowód osobisty, paszport, NIP)

**Miejsce zameldowania**

Gmina/Dzielnica:………………………………

Ulica:

Kod pocztowy:

Kraj:

Województwo………………………………………..

Nr domu:……………………………. m. ………......

Miejscowość:…………………………………………Obywatelstwo:……………………………………….

**Miejsce zamieszkania** (jeżeli jest inne jak miejsce zameldowania)

Gmina/Dzielnica:………………………………

Ulica:

Kod pocztowy:

Kraj:

Województwo………………………………………..

Nr domu:……………………………. m. ………….

Miejscowość:…………………………………………Obywatelstwo:………………………………………..

Oświadczam, że :\*)- niewłaściwe skreślić lub zakreślić właściwe

1. jestem/nie jestem\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy

(nazwa zakładu pracy) ;

z tytułu zatrudnienia osiągam dochód wyższy/niższy\*) niż minimalne wynagrodzenie.

1. wykonuję/nie wykonuję\*) **w innych** zakładach pracy umowę zlecenia

* okres obowiązywania umowy zlecenia — od dnia do dnia
* okres obowiązywania umowy zlecenia — od dnia do dnia

1. prowadzę/nie prowadzę\*) działalność gospodarczą

z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej opłacam składki na ubezpieczenie społeczne Tak / Nie\*)

1. jestem/nie jestem\*) uprawniony do emerytury / renty\*) ustalonej decyzją oddziału ZUS

decyzja z dnia znak:

1. posiadam / nie posiadam ) orzeczony stopień niezdolności do pracy (w przypadku orzeczonego stopnia niezdolności do pracy nalepy dołączyć orzeczenie organu orzekającego)
2. jestem/nie jestem ) uczniem — studentem (nazwa uczelni/szkoły)
3. wnoszę / nie wnoszę ) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy jestem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę

data NP 07.11.2022……….. ……NP. JAN KOWALSKI………………..

podpis osoby składającej oświadczenie

**Zgoda na przetwarzanie prywatnego nr telefonu i adresu e-mail**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie prywatnego numeru telefonu ……NP.: 566345527…

e- mail…NP.; [JANKOWALSKI@GMAIL.COM](mailto:JANKOWALSKI@GMAIL.COM) w celach związanych wyłącznie z realizacją

praw i obowiązków wynikających ze stosunku pracy, łączącego mnie z firmą Skarem Sp. z o.o.

z siedzibą w 37-450 Stalowa Wola, ul. 1 Sierpnia 24.

Oświadczam, że zgodę udzielam dobrowolnie oraz że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

NP. . JAN KOWALSKI

......................................................

/czytelny podpis pracownika/

**Zasady etyki obowiązujące w firmie   
 SKAREM Sp. z o. o.**

1. Tworzymy wokół nas profesjonalne środowisko, wymieniamy się wiedzą   
   i doświadczeniem, promujemy profesjonalizm, wzajemny szacunek i poszanowanie zasad etycznych w relacjach z innymi pracownikami oraz kontrahentami.
2. Nasz kontrahent oczekuje przede wszystkim profesjonalnie wykonanej usługi, dlatego swoim wyglądem, zachowaniem oraz sposobem wykonania powierzonych zadań staramy się potwierdzać nasze kompetencje.
3. Dbamy o wzajemny szacunek i zaufanie, budujemy trwałe i efektywne relacje   
   z kontrahentami poprzez obserwacje ich potrzeb i proponowanie udoskonaleń   
   oraz korekt w celu wykonania usługi w sposób bardziej dostosowany do potrzeb kontrahenta.
4. Zdajemy sobie sprawę, że to jak wyglądamy, jak się zachowujemy   
   oraz jak wykonujemy swoją pracę wpływa na wizerunek firmy i jej ocenę   
   przez wszystkie osoby które nas podczas pracy zobaczą. Może to być zarówno pracownik, kontrahent, jak i jego klient, który właśnie przyszedł załatwić jakąś sprawę.
5. Komunikujemy się ze sobą w sposób przejrzysty, otwarty i rzetelny, dbając   
   przy tym o zachowanie tajemnicy kontrahenta oraz firmy, określonej odpowiednimi zapisami oraz zdrowym rozsądkiem.
6. Współdziałamy ze sobą w budowaniu reputacji i rozwoju firmy. Pomagamy sobie nawzajem, chętnie wymieniamy się wiedzą i doświadczeniem.
7. Staramy się poznać kontrahenta w celu otwarcia na jego potrzeby oraz zapewnienia mu stałego kontaktu.
8. Regularnie doskonalimy swoją wiedzę o usłudze, obowiązujących instrukcjach,   
   oraz zmianach jakie zostały w tym zakresie wprowadzone.
9. Podczas wykonywania swoich obowiązków staramy się być spokojni i pogodni,   
   nie podnosimy poziomu stresu, raczej łagodzimy napięcia, po prostu dobrze wykonujemy swoje zadania.
10. Zdajemy sobie sprawę, że podejmując zatrudnienie w firmie Skarem stajemy się jej częścią i wszyscy razem pracujemy na wizerunek tej firmy.

**Oświadczam, że zapoznałem się z Zasadami etyki obowiązującymi w firmie SKAREM Sp. z o.o. i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

NP. . JAN KOWALSKI

.

/czytelny podpis pracownika/

np.: **Stalowa wola 07.11.2022**

…………………………………………………………….

NP. JAN KOWALSKI

Miejscowość i data

…………………………………………………………..

Imię i Nazwisko

Np.: 97657674866

……………………………………………………………

PESEL

NP. STALOWA WOLA UL. WRZOSOWA 7

37-405 STALOWA WOLA

…………………………………………………………..

Adres zamieszkania

**O Ś W I A D C ZE N I E**

Ja niżej podpisany oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości dobrowolnego przystąpienia do programu PPK w firmie Skarem Sp. z o.o. Stalowa Wola.

NP. . 07.11.2022 JAN KOWALSKI

Data i podpis czytelny

**Informacja:**

Jeżeli masz od 55 do 70 lat i chciałbyś uczestniczyć w PPK to musisz złożyć u pracodawcy wniosek o wpisanie do programu.

### DEKLARACJA O REZYGNACJI Z DOKONYWANIA WPŁAT DO PRACOWNICZYCH PLANÓW KAPITAŁOWYCH (PPK)

Deklarację należy wypełnić wielkimi literami. Deklarację składa się podmiotowi zatrudniającemu1).

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Dane dotyczące uczestnika PPK** | |
| Imię (imiona) | NP. . JAN |
| Nazwisko | NP. KOWALSKI |
| Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data  urodzenia | NP. . 96858514555 |
| Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa  polskiego | NP. . JJC4457 |
| **2. Nazwa podmiotu zatrudniającego** | |
|  | |
| **3. Oświadczenie uczestnika PPK** | |
| Oświadczam, że rezygnuję z dokonywania wpłat do PPK oraz posiadam wiedzę o konsekwencjach złożenia niniejszej deklaracji, w tym:   1. nieotrzymania wpłaty powitalnej w wysokości 250 zł, należnej uczestnikom PPK (dotyczy uczestnika PPK, który nie nabył uprawnienia do wpłaty powitalnej przed złożeniem deklaracji); 2. nieotrzymywania dopłat rocznych do PPK w wysokości 240 zł, należnych uczestnikom PPK po spełnieniu warunków określonych w art. 32 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. poz. 2215, z późn. zm.); 3. nieotrzymywania wpłat podstawowych finansowanych przez podmiot zatrudniający w wysokości 1,5% wynagrodzenia.   NP. . 07.11.2022 JAN KOWALSKI  ……………..  data i podpis uczestnika PPK  NP. . 07.11.2022  …………………………………………………  data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu | |



.................................................

(oznaczenie pracodawcy)

**KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO**

**W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko osoby NP. . JAN KOWALSKI   odbywającej szkolenie................................................................................................................................................... | |
| 1. Nazwa komórki organizacyjnej..................................................................................................................................... | |
| **3**. Instruktaż ogólny | Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu ....................................................r.  .........................................................................  (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż) NP. . JAN KOWALSKI  ...........................................................................  (podpis osoby której udzielono instruktażu) |
| **4** . Instruktaż stanowiskowy | 1. Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy …………….................................................................................     przeprowadził w dniu/dniach.......................................................r. ......................................................................  (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)    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 wykonania pracy na stanowisku....................................................................................................    NP. . JAN KOWALSKI  ................................................................ ...........................................................................  (podpis osoby, której udzielono instruktażu\*) (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej) |
| 1. \*\* Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy .............................................................................................   przeprowadził w dniu/dniach ...........................................r. .........................................................................  (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) .......................................................................................................  został(a) dopuszczony(-na) do wykonania 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 wykonywanych prac.

\*\* Wypełnić 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 (Dz. U. poz. 1860, z późn. zm.).

NP. . JAN KOWALSKI

…………………………………………. NP. 15.11.2022 Stalowa Wola

*(imię i nazwisko) (miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI**

Oświadczam, iż zapoznano mnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. i Ustawy o Ochronie Danych Osobowych oraz odnośnymi wymaganiami "Regulaminu Ochrony Danych Osobowych w SKAREM Sp. z o.o. w Stalowej Woli”.

W szczególności zobowiązuję się do:

* zachowania w tajemnicy danych osobowych w sytuacji dostępu do nich podczas wykonywania czynności służbowych
* zabezpieczenia tych danych przed dostępem osób nieupoważnionych a następnie przekazanie ich do dyspozycji osób upoważnionych
* zgłaszania sytuacji (incydentów) naruszenia zasad ochrony danych osobowych Inspektorowi Ochrony Danych lub bezpośredniemu przełożonemu

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane przez Administratora za naruszenie przepisów Ustawy o Ochronie Danych osobowych a od dn. 25.05.2018 Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r.

NP. . JAN KOWALSKI ….

podpis oświadczającego

*Załącznik nr 8 do Procedury ODO Skarem Sp. z o.o. Sp.k.*

NP. . 15.11.2022 Stalowa Wola

……………………....................  *(miejscowość, data)*

… NP. . JAN KOWALSKI …

Nazwisko i imię

**OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI**

Oświadczam, iż zapoznano mnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawy o Ochronie Danych Osobowych oraz odnośnymi wymaganiami "Regulaminu Ochrony Danych Osobowych".

W szczególności zobowiązuję się do:

* przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w powierzonych przez Administratora zadaniach
* zachowania w tajemnicy danych osobowych do których mam lub będę miał/a dostęp w związku z wykonywaniem zadań powierzonych przez Administratora
* niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z zakresem i celem powierzonych zadań przez Administratora
* zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych
* ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją danych osobowych, nieuprawnionym ujawnieniem danych osobowych, nieuprawnionym dostępem do danych osobowych oraz przetwarzaniem.
* zgłaszania IOD informacji o incydentach ryzyka zagrożenia lub zagrożeniu bezpieczeństwa danych osobowych w terminie do 24 godzin od czasu ich zaistnienia
* Oświadczam iż zostałem przeszkolony z zakresu ochrony danych osobowych.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane przez Administratora za naruszenie przepisów Ustawy o Ochronie Danych osobowych a od dn. 25.05.2018 Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r.

NP. . JAN KOWALSKI

.......................................

*podpis*