

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O ZATRUDNIENIE**

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona rodziców
3. Data urodzenia
4. Obywatelstwo
5. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji)
6. Wykształcenie

.....
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....
(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

7. Wykształcenie uzupełniające

.....
(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

8. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

.....
(wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

9. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania

.....
(np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)

10. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1–4 są zgodne z dowodem osobistym seria

..... nr wydanym przez

lub innym dowodem tożsamości

telefon kontaktowy.....

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie

Wrocław, dnia20.... r.

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej ASP)

Pan
inż. Wojciech Orzechowski
Kanclerz
Akademii Sztuk Pięknych
im. E. Gepperta
we Wrocławiu

WNIOSEK

w sprawie zatrudnienia pracownika

Wnoszę o przyjęcie do pracy z dniem.....

Pani/Pana.....

Kandydatka(t) zostanie zatrudniona(y) na stanowisku.....

wymiar zatrudnienia:

Proponowana(y) kandydatka(t) posiada wymagane kwalifikacje (podać jakie)

.....

Proponuję przyznać w/w osobie następujące wynagrodzenie:

a)

stawka płacy zasadniczej, kategoria zaszeregowania

b)

grupa i stawka dodatku funkcyjnego (specjalnego)

c)

Kandydatka(t) powinna/ powinien być przyjęta(y) na: *okres próbny, okres wstępny, na czas nie określony, na czas określony** do

dnia.....

na czas wykonania określonej pracy.....

Źródło finansowania:

.....
pieczęć i podpis kierownika
komórki organizacyjnej

AKCEPTACJA KANCLERZA

.....

* niepotrzebne skreślić

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Numer ewidencyjny PESEL

3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP), adres urzędu skarbowego

.....

4. Stan rodzinny

.....

.....

.....

(imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

5. Powszechny obowiązek obrony:

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony

b) stopień wojskowy

numer specjalności wojskowej

c) przynależność ewidencyjna do WKU

.....

d) numer książeczki wojskowej

e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP

.....

6. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

7. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1 i 2 są zgodne z dowodem osobistym seria

nr wydanym przez

lub innym dowodem tożsamości

.....

miejsowość i data

.....

podpis pracownika

ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBOWYCH PRACOWNIKA**I. ZMIANA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH**

Nazwisko używane dotychczas

Nowe nazwisko (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych)

Imię (imiona)

Numer PESEL

II. ZMIANA DOWODU OSOBISTEGO (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych)

Wpisać nowy numer dowodu

Data wydania

Wydany przez:.....

III. ZMIANA OBYWATELSTWA (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych)

Wpisać nowe obywatelstwo

IV. ZMIANA REGIONALNEGO ODDZIAŁU NFZ (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych)

Nazwa regionalnego oddziału NFZ

Data przystąpienia

V. ZMIANA ADRESU (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych)**ADRES ZAMELDOWANIA**

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Gmina/Dzielnica

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Nr telefonu z numerem kierunkowym

ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić tylko jeśli adres zamieszkania jest różny od adresu zameldowania)

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Gmina/Dzielnica

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Nr telefonu z numerem kierunkowym

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Gmina/Dzielnica

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Nr telefonu z numerem kierunkowym

ADRES URZĄDU SKARBOWEGO:.....

.....

.....
data i podpis pracownika

Wrocław, dnia20.... r.

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(stanowisko)

.....
(jednostka organizacyjna)

O Ś W I A D C Z E N I E

(składane do akt osobowych pracownika)

Oświadczam, że Akademia Sztuk Pięknych i. E. Gepperta we Wrocławiu jest moim:

I. Głównym / dodatkowym* miejscem pracy.

Jestem rencistą : **tak/nie ***

Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: **tak/nie ***

Jestem emerytem : **tak/nie ***

-
- **główne miejsce pracy** – miejsce wskazane przez kandydata do pracy/pracownika, bez względu na wymiar etatu. Osoby zatrudnione w dwóch lub więcej miejscach pracy powinny oświadczyć, które miejsce pracy uważają za główne, przyjmując jako kryterium wymiar godzin, a w przypadku równej ich liczby – kwotę wynagrodzenia.

II. (dot. nauczycieli akademickich) - jest podstawowym / nie jest podstawowym* miejscem pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005r. Prawo o szkolnictwie wyższym

Oświadczam, że moim podstawowym miejscem pracy jest: *(wypełnić tylko jeśli ASP we Wrocławiu nie jest podstawowym miejscem pracy):*

.....
.....

Podstawa prawna:

- zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 33) ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 164, poz. 1365, z późn. zm.) podstawowe miejsce pracy oznacza uczelnię albo jednostkę naukową, w której nauczyciel akademicki jest zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy, wskazaną w akcie stanowiącym podstawę zatrudnienia jako podstawowe miejsce pracy; w tym czasie podstawowe miejsce pracy może być tylko jedno.

.....
podpis pracownika

* niewłaściwe skreślić

Wrocław, dnia r.

.....

(imię i nazwisko)

.....

(stanowisko służbowe)

.....

(jednostka organizacyjna)

Akademia Sztuk Pięknych
im. Eugeniusza Gepperta
we Wrocławiu

OŚWIADCZENIE

o niepozostawaniu w stosunku małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa, przysposobienia, opieki lub kurateli z bezpośrednimi przełożonymi

Na podstawie art. 118 ust. 7 oraz art. 135 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.) oświadczam, że nie jestem małżonkiem(ą), krewnym(ą) lub powinowatym(ą) do drugiego stopnia włącznie oraz osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli z żadnym pracownikiem, z którym łączyłby mnie stosunek bezpośredniej podległości służbowej.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Wrocław, dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko służbowe)

.....
(jednostka organizacyjna)

Akademia Sztuk Pięknych
im. Eugeniusza Gepperta
we Wrocławiu

OŚWIADCZENIE

o niepozostawaniu w stosunku małżeństwa, pokrewieństwa, powinowactwa, przysposobienia, opieki lub kurateli z bezpośrednimi podwładnymi

W związku z art. 118 ust. 7 oraz art. 135 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.) oświadczam, że z żadną z osób, które znajdują się wobec mnie w bezpośredniej podległości służbowej w związku z pełnioną przeze mnie funkcją:

.....
(pełna nazwa funkcji i komórki, w której jest pełniona)

nie łączy mnie stosunek małżeństwa, pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia włącznie oraz stosunek przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Wrocław, dn. 20... r.

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu pracy obowiązującym w Akademii Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis pracownika

Wrocław, dn. 20... r.

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych obowiązującym w Akademii Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis pracownika

....., 20.... r.
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(dział)

.....
(stanowisko)

OŚWIADCZENIE pracownika rodzica w sprawie korzystania z uprawnień rodzicielskich

Oświadczam, że:

1. w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem

/imię i nazwisko dziecka/

urodzonym

dzień – miesiąc- rok

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonywanie pracy ponad osiem godzin na dobę w systemach czasu pracy, o których mowa w art. 135 – 138, art. 143 i art. 144 kp;

2. w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem urodzonym dnia

- wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na pracę w godzinach nadliczbowych;
- wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na pracę w porze nocnej;
- wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na pracę w systemie przerywanego czasu pracy;
- wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na delegowanie mnie poza stałe miejsce pracy.

.....
podpis pracownika

W związku z tym, że z uprawnień określonych w pkt 1, 2 może korzystać tylko jedno z rodziców lub opiekunów dziecka oświadczam, że z uprawnień tych korzysta/nie korzysta* drugi z rodziców lub opiekunów dziecka.**

.....
podpis pracownika

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia osoba, która w pkt 1,2 zaznaczyła, że będzie korzystała z przysługujących jej uprawnień

Wrocław, dnia.....

.....
/imię i nazwisko pracownika/
.....

.....
/adres zamieszkania/
.....

Akademia Sztuk Pięknych
im. Eugeniusza Gepperta
we Wrocławiu

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
(MATKI/OJCA LUB OPIEKUNA DZIECKA*)

Oświadczam, że w związku z wychowywaniem dziecka (dzieci) do 14 lat:

1/.....
/imię i nazwisko dziecka/ /data urodzenia/

2/.....

3/.....

4/.....

zamierzam/nie zamierzam* korzystać z uprawnienia określonego w art.188 k.p. w ilości.....

O wszystkich zmianach w w/w oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić na piśmie pracodawcę.

.....
podpis pracownika

OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA PRACOWNIKA

Oświadczam, że jestem/nie jestem* zatrudniona(y) i korzystam/nie korzystam* w swoim zakładzie pracy z wyżej wymienionych uprawnień w ilości

.....
podpis współmałżonka pracownika

* niepotrzebne skreślić

Wrocław, dnia.....

.....
/imię i nazwisko pracownika/

.....
.....
/adres zamieszkania/

Akademia Sztuk Pięknych
im. Eugeniusza Gepperta
we Wrocławiu

**OŚWIADCZENIE
PRACOWNIKA O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ PRZEPISÓW
O RÓWNYM TRAKTOWANIU W ZATRUDNIENIU**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią przepisów o równym traktowaniu w zatrudnieniu (art. 9 §4, art. 11² i art. 11³ Kodeksu pracy oraz Rozdział II a Kodeksu pracy), co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis pracownika

Wrocław, dnia20.... r.

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres zamieszkania)

Akademia Sztuk Pięknych
im. Eugeniusza Gepperta
we Wrocławiu

WNIOSEK pracownika o ustalenie indywidualnego rozkładu czasu pracy

Zwracam się z uprzejmą prośbą o ustalenie indywidualnego rozkładu czasu pracy w ramach obowiązującego mnie systemu (art. 142 Kodeksu pracy), polegającego na wykonywaniu pracy w następujących dniach i godzinach:

.....
.....
.....
(opis zaproponowanego przez pracownika rozkładu czasu pracy w ramach obowiązującego go systemu czasu pracy)

Zastosowanie powyższego rozwiązania umożliwiłoby mi

.....
(podać przyczynę uzasadniającą złożenie wniosku o indywidualny rozkład czasu pracy)

Proszę o ustalenie ww. indywidualnego rozkładu czasu pracy na okres od dnia do dnia /okres od dnia na czas nieokreślony*.

.....
podpis pracownika

Wyrażam zgodę:

.....
data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej

.....
data, podpis i pieczęć Kanclerza

* niepotrzebne skreślić

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pracownika

Adres zamieszkania

PESEL.....

RODZAJ INFORMACJI	DANE O CZŁONKU RODZINY	DANE O CZŁONKU RODZINY
PIERWSZE IMIĘ		
NAZWISKO		
PESEL		
DATA URODZENIA (dd-mm-rrrr)		
SERIA I NR DOKUMENTU RODZAJ DOKUMENTU	_____ dowód osobisty lub paszport _____	_____ dowód osobisty lub paszport _____
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA		
CZY POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ?		
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY		
KOD POCZTOWY - MIEJSCOWOŚĆ		
GMINA		
ULICA NR DOMU – NR LOKALU		
NR TELEFONU		

 podpis pracownika

KARTA OBIEGOWA ZMIANY W STOSUNKU PRACY

(PRZYJĘCIE – ZWOLNIENIE*)

1. Imię i Nazwisko	
2. Nr ewidencji pracownika	
3. Przyjęta/y do pracy na czas	próbnny/określony/nieokreślony*
4. Stanowisko	
5. Nazwa komórki organizacyjnej w której ma być/jest* zatrudniony	Dział / Sekcja / Katedra*
6. Rodzaj wykonywanej pracy	nauczyciel / administracja*
7. Przyjęty do pracy – zwolniony* z pracy z dniem	

Wrocław, dn.

.....
kierownik Działu Organizacji i Kadr

verte

*niepotrzebne skreślić

Nazwa komórki organizacyjnej	Data	Pieczęć i podpis
1. Dział finansowo-księgowy Place pokój 110 M		
2. Kasa zapomogowo-pożyczkowa przy ASP pokój 110 M		
3. Dział finansowo-księgowy Ubezpieczenia grupowe pokój 112 M		
4. Dział finansowo-księgowy Środki trwałe pokój 112 M		
5. Dział TG, ochrona mienia pokój 215 P		
6. NSZZ „SOLIDARNOŚĆ” pokój 214 P		
7. Biblioteka ASP pokój 108 M		
8. Sieci komputerowe p. K. Kuźma Pokój 101 P		
9. Pełn. Rektora ds. inf. niejawnych, ABI, spec. ds. obron. pokój 326 P		
10. Dział Organizacji Studiów Pokój 118 M		
11. Sprawy socjalne DOiK Pokój 102 M		
12. Gl. Spec. Ds. BHP ul. Traugutta 19/21 pokój 517 tel. 71 302 58 04, godz. 8.00-13.00		