

WYPEŁNIA PRACODAWCA**KARTA INFORMACYJNA DOT. ZATRUDNIENIA NOWYCH PRACOWNIKÓW.*****niepotrzeżne skreślić*****Proszę wypełnić :**

Data zawarcia umowy:
Forma zatrudnienia:	umowa o pracę / umowa zlecenie / umowa o dzieło *

Proszę wypełnić jeśli wybrał/a Pan/Pani formę zatrudnienia - umowa o pracę:

Stanowisko:
Rodzaj wykonywanej pracy:
Wymiar czasu pracy:	cały etat, 1/2 etatu, 3/4 etatu,.....*
Czas trwania umowy:	okres próbny / czas określony / czas nieoznaczony *
	w terminie od..... do.....
Wynagrodzenie zasadnicze brutto:zł
Wynagrodzenie wypłacane:	gotówką / przelewem *
Termin wypłaty wynagrodzenia:	ostatni dzień m-ca / do 10-go następnego m-ca*

Proszę wypełnić jeśli wybrał/a Pan/Pani formę zatrudnienia: umowa zlecenie, umowa o dzieło:

Rodzaj wykonywanej pracy:
Umowa zawarta na okres:	od.....do.....
Składka chorobowa (dobrowolna):	TAK / NIE*
Wysokość stawki brutto:	za godzinę / kwota określona w umowie za miesiąc pracy*
zł
Wynagrodzenie wypłacane:	gotówką / przelewem *
Termin wypłaty wynagrodzenia	ostatni dzień m-ca / do 10-go następnego m-ca*

Uwagi:

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO	<input type="text"/>	
IMIĘ 1	<input type="text"/>	
IMIĘ 2	<input type="text"/>	
NAZWISKO RODOWE	<input type="text"/>	
DATA URODZENIA	Miejsce	<input type="text"/>
STAN CYWILNY	<input type="text"/>	
IMIĘ OJCA	<input type="text"/>	
IMIĘ MATKI	<input type="text"/>	
NAZWISKO PANIEŃSKIE MATKI	<input type="text"/>	
DOWÓD OSOBISTY	SERIA <input type="text"/>	NR <input type="text"/>
przez kogo wydany i data wystawienia	<input type="text"/>	
PESEL	<input type="text"/>	
NIP	<input type="text"/>	
PASZPORT	SERIA <input type="text"/>	NR <input type="text"/>

WYKSZTAŁCENIE

(właściwe zakreślić X)

NIEPEŁNE PODSTAWOWE	<input type="checkbox"/>
PODSTAWOWE	<input type="checkbox"/>
ZSZ	<input type="checkbox"/>
ŚREDNIE ZAW/TECH.	<input type="checkbox"/>
L.O.	<input type="checkbox"/>
POLICEALNE	<input type="checkbox"/>
WYŻSZE	<input type="checkbox"/>

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

JĘZYK	STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*(bardzo dobra, dobra, słaba)

INNE DANE

WZROST WAGA

ADRES ZAMELDOWANIA

WOJEWÓDZTWO	<input type="text"/>	POWIAT	<input type="text"/>
POCZTA	<input type="text"/>		
KOD POCZTOWY	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ	<input type="text"/>		
GMINA	<input type="text"/>		
ULICA	<input type="text"/>		
NUMER DOMU	<input type="text"/>		
NUMER MIESZKANIA	<input type="text"/>	TELEFON	<input type="text"/>

ADRES ZAMIESZKANIA / INNY ADRES KONTAKTOWY *) (jeśli adres jest ten sam co zameldowania - nie wypełniać)

WOJEWÓDZTWO	<input type="text"/>	POWIAT	<input type="text"/>		
KOD POCZTOWY	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	POCZTA	<input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ	<input type="text"/>				
GMINA	<input type="text"/>				
ULICA	<input type="text"/>				
NUMER DOMU	<input type="text"/>	NUMER MIESZKANIA	<input type="text"/>		

NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO DO ROZLICZENIA PODATKOWEGO

--

NABYTE UPRAWNIENIA DO RENTY

Data nabycia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Termin ważności

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NABYTE STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

Orzeczenie z dnia

--

orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

Termin ważności

--

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

NABYTE UPRAWNIENIA DO EMERYTURY

Data nabycia uprawnień

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr emerytury

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i adres biura emerytalnego

--

Oddział NFZ

--	--

PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA

OKRES ZATRUDNIENIA (dzień miesiąc rok)		NAZWA ZAKŁADU PRACY	STANOWISKO
OD	DO		

OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU (imię, nazwisko, adres i telefon)

--

--

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny proszę wypełnić wniosek ZCNA

*) niepotrzebne skreślić

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 2012 r. poz. 361, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA

2. Nazwisko

3. Pierwsze imię

4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)

Niniejszym określám płatnika:

.....
 (nazwa pełna zakładu pracy)

jako właściwego do zmniejszania miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwotę stanowiącą 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w pierwszym przedziale obowiązującej skali podatkowej, 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,
- 4) nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(-na) opłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy, tj. dochodów:
 - a) z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
 - b) z najmu lub dzierżawy.

B. PODPIS

5. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)

6. Podpis

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.

Nazwisko Imiona

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania

Miejscowość

Ulica i nr domu /mieszkania.....

Dotyczy wynagrodzenia w/w zatrudnionego w firmie :

.....

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEKAZYWANIE
WYNAGRODZEŃ NA RACHUNEK BANKOWY.**

**Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przekazywanie całości
przysługującego dla mnie wynagrodzenia na wskazany poniżej
rachunek bankowy, prowadzony w**

.....

(podać pełną nazwę banku prowadzącego rachunek)

na rachunek nr

.....

(pełny numer rachunku bankowego na który należy przesyłać wynagrodzenie)

Właścicielem wskazanego rachunku jest

.....

(podać właściciela rachunku)

.....

data i czytelny podpis

Nazwisko:

Imię:

Miejsce zamieszkania:

Gmina/dzielnica:

Ulica: nr domu: nr mieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Oświadczenie pracownika

dla celów stosowania podwyższonych kosztów uzyskania przychodów
ze stosunku służbowego lub umowy o pracę (art. 32 ust. 3 ustawy
z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku od osób fizycznych – Dz. U. z 1993 Nr 90, poz. 416)

Niniejszym proszę płatnika o odliczenie podwyższonych kosztów uzyskania przychodów, określonych w art. 22 ust. 2, gdyż:

1. miejsce mojego stałego/czasowego zamieszkania jest położone poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy,
2. nie otrzymuję dodatku za rozłąkę.

Pouczenie:

Pracownik jest zobowiązany zawiadomić zakład pracy o zmianach w stosunku pracy od stanu faktycznego wynikającego z oświadczenia przed wypłatą wynagrodzeń za miesiąc, w którym zaszła zmiana /art. 32. ust. 4 ustawy/.

Stwierdzam, że powyższe dane podałem (am) zgodnie ze stanem faktycznym.
Odpowiedzialność karna skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....
data

.....
czytelny podpis

Dnia 20.....r.

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

Wyrażam zgodę na potrącenie nadpłaconego wynagrodzenia za okres przebywania na zwolnieniu lekarskim.

Wyciąg z wytycznych nr 4 Prezesa ZUS z dnia 15.12.1995 r.

III. Wypłata zasiłków za okres niezdolności do pracy dokumentowanej po sporządzeniu listy płac.

101.1. W przypadku, gdy pracownik udokumentował okres niezdolności do pracy po sporządzeniu listy płac lub wypłacie wynagrodzenia, kwotę wynagrodzenia wypłacona za okres tej niezdolności potrąca się za zgodą pracownika przy wypłacie wynagrodzenia za następny miesiąc, a kwotę zasiłku za ten miesiąc wypłaca się na liście płatniczej zasiłków.

101.2. W razie braku zgody pracownika na dokonanie potrącenia należy poinformować go, że wynagrodzenie wypłacone za okres niezdolności do pracy jest świadczeniem podlegającym zwrotowi w drodze postępowania sądowego, a pracownik może zostać obciążony kosztami tego postępowania.

.....
Czytelny podpis pracownika

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w ostatnich 30 dniach **byłem */ nie byłem*** zarejestrowany w Urzędzie Pracy.

.....
data i czytelny podpis

***Niepotrzebne skreślić**

.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE (wstępne/okresowe/kontrolne^{*)})

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią^{*)}.....
(imię i nazwisko)

nr PESEL^{**)}.....

zamieszkałego/zamieszkałą^{*)}
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną^{*)} lub podejmującego/podejmującą^{*)} pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....
określenie stanowiska/stanowisk^{*)} pracy^{***)}

.....
Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia^{****)}:

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
(podpis pracodawcy)

Objaśnienia:

- *) Niepotrzebne skreślić.
- ***) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.
- ****) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.
- *****) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:
 - 1) wydane na podstawie:
 - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
 - b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
 - c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
 - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
 - 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. 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, z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania

Dane dotyczące zgłoszenia członka rodziny Zleceniobiorcy do ubezpieczenia zdrowotnego

Imię Nazwisko

Imię drugie Nazwisko rodowe

PESEL.....

Seria i numer dowodu osobistego, wydanego przez:

.....

Adres zameldowania: ulica , miejscowość , nr kodu pocztowego, gmina , powiat,
województwo, kraj

.....

.....

Adres zamieszkania:

.....

Współmałżonek: tak/nie

Imię i nazwisko

PESEL NIP data urodzenia

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym

Czy posiada stopień niepełnosprawności

Dzieci , jeżeli się uczą to do ukończenia 26 lat : tak/nie

Imię i nazwisko data urodzenia

PESEL NIP

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym

Czy posiada stopień niepełnosprawności

Imię i nazwisko data urodzenia

PESEL NIP

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym

Czy posiada stopień niepełnosprawności

Imię i nazwisko data urodzenia

PESEL NIP

Czy pozostaje na wspólnym utrzymaniu pracownika , gosp. domowym

Czy posiada stopień niepełnosprawności

.....

czytelny podpis pracownika