

13. Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym – tak / nie*
14. Mam ustalone prawo do emerytury, renty – nie / tak* - nazwa świadczenia i nr nadany przez ZUS:
.....
15. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności – tak / nie*: stopień:
16. Oświadczam, że moje wynagrodzenie ze stosunku do pracy z przewyższa
najniższą krajową i nie wnoszę o dodatkowe ubezpieczenie z tytułu umowy.
17. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Kształcenia Praktycznego i Ustawicznego w Będzinie zawartych w kwestionariuszu osobowym dla potrzeb związanych z zatrudnieniem oraz dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 22 marca o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1593 z późn. zm.)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)

* niepotrzebne skreślić