

Osobní dotazník

Firma: Děčínská sportovní, příspěvková organizace

Jméno

Jméno	Příjmení	Titul před	Titul za	Mobil

Trvalé bydliště

Ulice, č.p., č.o.	PSČ	Město	Stát / RÚIAN

Kontaktní adresa pro pracovní-právní dokumenty - doručovací adresa

Ulice, č.p., č.o.	PSČ	Město	Stát / RÚIAN

Jméno, příjmení zákonného zástupce (pouze u nezletilých)

Jméno	Příjmení	Titul před	Titul za

Trvalé bydliště zákonného zástupce (pouze u nezletilých)

Ulice, č.p., č.o.	PSČ	Město	Datum narození

Kontaktní údaje pro pracovní-právní dokumenty

Zprávou na WhatsApp na tel. číslo	Mobil: zprávou nebo telefonický	Email zprávy na adresu zaměstnance

Evidenční údaje

Rodné číslo	Datum narození	Místo narození	Doklad totožnosti - číslo OP
Rodné příjmení	Pohlaví muž - žena	Národnost	Státní příslušnost
Věk	Zdravotní pojištění	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání
Termín brigády	Pracovní zařazení	Máte jinou brigádu nebo zaměstnání ano - ne	Kde budete uplatňovat slevu na poplatníka Děčínská sportovní, p.o. - jinde
Jste student ano - ne	Jakého ročníku	Jste v evidenci Úřadu práce ano - ne Pokud ano, pobíráte podporu: ano - ne	

* nehodící se škrtněte

Informace o důchodu

Typ důchodu	Datum přiznání důchodu	Předčasný – starobní	Snížený věk – starobní

Zdravotní omezení

Omezení od	Omezení do	Typ omezení (I, II, III, OZZ)	Držitel ZTP/P

Insolvence / Exekuce / Bankrot

Máte exekuce nebo insolvenční nebo bankrot?
Nemám - Exekuce - Insolvenční - Bankrot

Bankovní spojení**Vyživované osoby / děti**

Přejete si dostávat peníze na bankovní účet?		Jméno a příjmení	Rodné číslo	ZTP/P
Ano - Ne				
Číslo účtu	Kód banky			

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou pravdivé a že souhlasím s tím, aby byly zpracovány a použity (včetně pořizování a uchovávání kopii dokumentů osobní povahy) pro účely personalistiky na dobu neurčitou (tj. do odvolání) v rámci činnosti zaměstnavatele. Zároveň prohlašuji, že se zavazuji každou změnu údajů uvedených v tomto dotazníku nahlásit do 5 pracovních dnů od data změny.

Zaměstnavatel tímto dotazníkem splňuje povinnost dle § 294 OSŘ 99/1963 Sb.

Při nástupu je nutné doložit potvrzení o studiu nebo potvrzení z evidence Úřadu práce nebo potvrzení o přiznání důchodu nebo mateřské/rodičovské dovolené. Potvrzení od zaměstnavatele, že za Vás odvádí zdravotní pojištění z min. mzdy. Vstupní lékařskou prohlídku.

V _____ dne: _____

Vlastnoruční podpis

*nehodící se škrtněte