

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PRACOWNIKA

DANE OSOBOWE					
PESEL:			DATA URODZENIA:		
NAZWISKO:				IMIĘ:	
SERIA I NUMER PASZPORTU W PRZYPADKU OBCOKRAJOWCA:				OBYWATELSTWO:	
ADRES ZAMIESZKANIA					
KOD POCZTOWY:				MIEJSCOWOŚĆ:	
POCZTA:			ULICA:		
NR DOMU:		NR LOKALU:		WOJEWÓDZTWO:	
POWIAT:			GMINA:		
ADRES ZAMELDOWANIA					
KOD POCZTOWY:				MIEJSCOWOŚĆ:	
POCZTA:			ULICA:		
NR DOMU:		NR LOKALU:		WOJEWÓDZTWO:	
POWIAT:			GMINA:		
ADRES KORESPONDENCYJNY (UZUPEŁNIĆ JEŚLI INNY NIŻ ZAMIESZKANIA)					
KOD POCZTOWY:				MIEJSCOWOŚĆ:	
POCZTA:			ULICA:		
NR DOMU:		NR LOKALU:		WOJEWÓDZTWO:	
POWIAT:			GMINA:		
DANE KONTAKTOWE					
TELEFON:				E-MAIL:	
DANE URZĘDOWE					
NAZWA NFZ:					
NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO :					
WYKSZTAŁCENIE					
☒ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe ☐ MBA/podyplomowe ☐ studia doktoranckie					
NAZWA SZKOŁY/UCZELNI:			TYTUŁ:		

Ja niżej podpisany(a) upoważniam Adecco Poland Sp. z o.o. do przelewania mojego wynagrodzenia na nr konta:

--

(data i podpis pracownika)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celu prowadzenia i administrowania procesu zatrudnienia. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

☐ TAK

2. A) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych z wykorzystaniem adres e-mail/ sms w celach marketingowych. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

☐ TAK

B) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celach marketingowych z wykorzystaniem połączeń telefonicznych. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

☐ TAK

3. Wyrażam zgodę na przysyłanie przez Adecco Poland sp. z o.o. informacji drogą elektroniczną. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

☐ TAK

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dla Edenred Sp. z o.o., która dla Adecco Poland Sp. z o.o. prowadzi program lojalnościowy i motywacyjny dla pracowników, w zakresie udostępnienia adresu mailowego.

☐ TAK

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Adecco Poland sp. z o.o. moich danych osobowych w celu prowadzenia i administrowania przyszłymi procesami rekrutacyjnymi z moim udziałem, w tym na otrzymywanie informacji o ofertach pracy. Administratorem danych osobowych jest Adecco Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

☐ TAK

6. Potwierdzenie zapoznania się z treścią regulaminu pracy Adecco Poland Sp. z o.o.

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż zapoznano go przed rozpoczęciem pracy z obowiązującym w Adecco Poland Sp. z o.o. regulaminem pracy.

☐ TAK

7. Potwierdzenie zapoznania się z regulaminem pracy Pracodawcy Użytkownika.

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż w związku z podjęciem pracy Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. na stanowisku Pracownik magazynowy ds. Logistycznych zapoznano go przed rozpoczęciem pracy z obowiązującym w Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. regulaminem pracy.

☐ TAK

8. Potwierdzenie zapoznania się z przepisami i zasadami bhp.

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż w związku z podjęciem pracy w Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. na stanowisku Pracownik magazynowy ds. Logistycznych przed rozpoczęciem pracy zapoznano go z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, zgodnie z art. 237 4 § 3 k.p.

☐ TAK

9. Potwierdzenie zapoznania się z przepisami o równym traktowaniu w zatrudnieniu.

Pracownik Tymczasowy oświadcza, iż udostępniono mu tekst przepisów dotyczących równego traktowania w zatrudnieniu tj. art. 18 ^{3a-e} Kodeksu Pracy. Przepisy te zostały przedłożone do wglądu.

☐ TAK

10. Potwierdzenie poinformowania o monitoringu w miejscu wykonywania pracy

Oświadczam, że zostałem poinformowany o celu, zakresie oraz o zasadach stosowania monitoringu na terenie zakładu Pracodawcy Użytkownika Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. .

☐ TAK

11. Potwierdzenie zapoznania się z obowiązkiem informacyjnym Administratora.

Oświadczam, że zostałem poinformowany kto jest administratorem moich danych osobowych, celu przetwarzania oraz przysługujących mi z tego tytułu prawach.

☐ TAK

Oświadczam, że powyższe dane podałam(-łem) zgodnie ze stanem faktycznym.

(Data i podpis)

_____, dn. _____

Nazwisko i Imię pracownika

PESEL

Oświadczenie

Niniejszym zaświadczam, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy:

- ☐ świadczyłem/am pracę na rzecz pracodawcy użytkownika, czyli firmy Amazon Fulfillment Poland Sp. z o.o. w okresie od _____ do _____
- ☐ nie świadczyłem/am pracy na rzecz w/w firmy

Oświadczenie

dla celów stosowania podwyższonych kosztów uzyskania przychodów ze stosunku służbowego, stosunku pracy

(art. 32 ust. 5 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. O Podatku Dochodowym Od Osób Fizycznych Dz.U. Nr 14 z 2000 r. poz. 176 z późniejszymi zmianami)

Niniejszym proszę płatnika Adecco Poland Sp. z o.o. o odliczanie podwyższonych kosztów uzyskania przychodów, gdyż zamieszkuję w _____ tj. poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy, oraz nie otrzymuję dodatku za rozłąkę.

☐ nie dotyczy

Oświadczenie o rezygnacji z ulgi podatkowej dla celów podatkowych ze stosunku pracy

Niniejszym proszę płatnika Adecco Poland Sp. z o.o. o **NIE POTRĄCANIE** ulgi podatkowej od miesiąca _____, gdyż:

☐ otrzymuję rentę lub emeryturę:

Nr legitymacji ZUS: _____, data wydania _____, okres ważności _____

☐ prowadzę działalność gospodarczą ☐ inne _____

☐ nie dotyczy

Oświadczenie pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka

W związku z art. 188 K.p. oświadczam, iż jako pracownik wychowujący dziecko do lat 14 **będę*** **nie będę*** korzystać ze zwolnienia od pracy w wymiarze dwóch dni / 16 godzin. Jednocześnie oświadczam, iż drugi rodzic / opiekun dziecka **będzie*** **nie będzie*** korzystał z uprawnień wynikających z tego przepisu.

Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia dziecka

☐ nie dotyczy – nie mam dzieci w tym wieku

Oświadczam, że powyższe dane podałam(-łem) zgodnie ze stanem faktycznym.

(data i podpis pracownika)

Miejscowość i data

Nazwisko i imię pracownika

PESEL

OŚWIADCZENIE HASŁO DO OBSŁUGI TELEFONICZNEJ

☐ Podaję hasło telefoniczne

☐ Zmieniam hasło telefoniczne

(data i podpis pracownika)

Zasady ustawienia hasła telefonicznego:

1. Hasło do obsługi telefonicznej może być ustalone dla każdego pracownika lub zleceniobiorcy zatrudnionego w spółkach Grupy Adecco: Adecco Poland, Adecco Consulting, Adecco Staffing, Modis Polska. Nie dotyczy osób zatrudnionych na umowy B2B.
2. Aby ustalić hasło do obsługi telefonicznej pracownik/zleceniobiorca powinien uzupełnić osobiście niniejsze oświadczenie.
3. Hasło powinno zawierać **maksymalnie 15 znaków**: litery, cyfry.
Hasło nie może zawierać: imion własnych i nazwiska, obraźliwych słów, ani przekleństw. Ze względu na zastosowanie przy obsłudze telefonicznej nie musi zawierać znaków specjalnych i rozróżnienia dużych i małych liter.
4. Zmiana hasła do obsługi telefonicznej jest możliwa tylko osobiście w biurze Adecco poprzez ponowne uzupełnienie niniejszego oświadczenia.

_____, dn. _____

Nazwisko i imię pracownika

PESEL

Oświadczenie dane kontaktowe w razie wypadku

DANE KONTAKTOWE OSOBY, KTÓRĄ NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU *	
IMIĘ, NAZWISKO:	
TELEFON:	

* Zobowiązuję się do przekazania wskazanej powyżej osobie informacji o administratorze danych, celu przetwarzania związanym z nagłymi sytuacjami związanymi z ratowaniem życia bądź zdrowia, oraz o udostępnieniu pełnej treści obowiązku informacyjnego pod adresem: www.adecco.pl/osobykontaktowe.

(data i podpis pracownika)

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 2019 r. poz. 1387, z późn.zm.), zwanej dalej „ustawą”.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE PODATNIKA

2. Nazwisko	3. Pierwsze imię	4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)
-------------	------------------	---

Niniejszym określám płatnika:

Adecco Poland Sp. z o.o.

(nazwa pełna zakładu pracy)

jako właściwego do zmniejszania miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy o kwotę stanowiącą 1/12 kwoty zmniejszającej podatek, określonej w art. 27 ust. 1b pkt 1 ustawy ¹⁾, gdyż:

- nie otrzymuję emerytury lub renty za pośrednictwem płatnika,
- nie osiągam dochodów z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną,
- nie otrzymuję świadczeń pieniężnych wypłacanych z Funduszu Pracy lub z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- nie osiągam dochodów, od których jestem obowiązany(-na) opłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podstawie art. 44 ust. 3 ustawy, tj. dochodów:
 - z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy,
 - z najmu lub dzierżawy.

B. PODPIS

5. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)	6. Podpis
---	-----------

¹⁾ Przy obliczaniu zaliczek na podatek dochodowy od dochodów, które nie przekroczą kwoty stanowiącej górną granicę pierwszego przedziału skali podatkowej, roczna kwota zmniejszająca podatek wynosi 525 zł 12 gr.

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.

Pouczenie

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

PIT-2⁽⁶⁾

1/1

Miejscowość i data

Nazwisko i imię pracownika

PESEL

OŚWIADCZENIE

pracownika będącego rodzicem lub opiekunem dziecka do lat 4

W związku z art. 178 § 2 K.p. oświadczam, jako pracownik opiekujący się dzieckiem w wieku do lat 4 **wyrażam zgodę*** **nie wyrażam zgody*** na zatrudnienie w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w systemie czasu pracy, o którym mowa w art. 139 K.p oraz delegowania poza stałe miejsce pracy.

☐ nie dotyczy – nie mam dzieci w tym wieku

(data i podpis pracownika)