**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA**

1. Imię (imiona) i nazwisko…....................................................................................................................

2. Numer ewidencyjny PESEL .................................................................................................................

3. Data urodzenia ...................................................................................................................................

4. Adres zamieszkania .............................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

5. Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania) ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6. Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci, w przypadku zamiaru korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych w prawie pracy …………………….........................................................................

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………….….…………………………………………......................................................................................................................

7. Inne dane osobowe pracownika niezbędne do korzystania ze szczególnych uprawnień przewidzianych prawem pracy …………………………………..………………………….......................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………….

9. Numer telefonu do osoby, którą należy zawiadomić w razie wypadku

………………………………………………………………………………………………................................................................

10. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1-3 są zgodne z dowodem osobistym lub innym dowodem tożsamości.

 …..……………….....……………

 *(podpis pracownika)*

**informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**klauzula informacyjna**

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN z siedzibą w Warszawie 02-093, ul. L. Pasteura 3.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@nencki.gov.pl .
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego wiązanego z zatrudnieniem m.in. obowiązków pracodawcy wobec ZUS, US, wypłaty wynagrodzenia i świadczeń pracowniczych.
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w związku z art. 22.1 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy i przepisami wykonawczymi do Kodeksu pracy;
- art. 6 ust. 1 lit. a RODO - inne dane, w tym dane kontaktowe celem zawiadomienia o wypadku, ustalenie uprawnień do świadczeń rodzicielskich - na podstawie Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych;

- art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. przetwarzanie jest nieodzowne dla realizacji celów wynikających z naszych prawnie uzasadnionych interesów, takich jak ewentualna konieczność odpierania lub realizacji roszczeń.

1. Podanie danych w zakresie wynikającym z Kodeksu pracy jest obowiązkowe, pozostałe dane przetwarzamy za Pani/Pana dobrowolną zgodą na przetwarzanie.
2. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
3. Dane przechowywane będą przez okres zatrudnienia i przez okres określony przepisami prawa lub do odwołania przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Informujemy, że nie korzystamy z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**klauzula zgody (**dotyczy punktu 6 Kwestionariusza osobowego).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu korzystania z pracowniczych świadczeń rodzicielskich. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą Klauzulą informacyjną. Przyjmuję do wiadomości, iż wyrażenie przeze mnie zgody jest dobrowolne lecz brak zgody uniemożliwi korzystanie z pracowniczych świadczeń rodzicielskich.

 .............................................................................

 *(podpis pracownika)*