Miejsce Do użytku wewnętrznego

Na stowarzyszenia

Fotografię

**ANKIETA PERSONALNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nr ewidencyjny PESEL | 1. Nazwisko | 1. Imiona |
| 1. Data i miejsce urodzenia | 1. Płeć | 1. Imiona rodziców |
| 5. Seria i nr dowodu osobistego | 6. Wydany przez : | |
| 1. Stan cywilny | 1. Wykształcenie | 1. Zawód |
| 1. **Miejsce stałego zameldowania** (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy miejscowość, gmina, województwo )   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| 1. **Telefon kontaktowy / email** : | | |
| 1. **Miejsce stałego pobytu** (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy miejscowość, gmina, województwo )   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| 1. **Telefon kontaktowy** : | | |
| 1. **Miejsce pracy (służby),** stopień wojskowy, stanowisko, nr tel. służbowego   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| 1. **Dane personalne członków rodziny:** 2. Małżonek ……………………………………………………….....................................................................   Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………….  Miejsce pracy ( nauki ) ……………………………………………………………………………………………………..   1. Dziecko …………………………………………………………………………………………………………………………….   Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………….  Miejsce pracy ( nauki ) ……………………………………………………………………………………………………..   1. Dziecko …………………………………………………………………………………………………………………………….   Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………….  Miejsce pracy ( nauki ) ……………………………………………………………………………………………………..   1. Dziecko …………………………………………………………………………………………………………………………….   Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………….  Miejsce pracy ( nauki ) …………………………………………………………………………………………………….. | | |
| 1. **Udział w misjach wojskowych** ( rodzaj misji, nr kontyngentu, okres pełnienia służby, stanowisko) 2. Rodzaj misji / nr kontyngentu ……………………………………………………………………………...............   Okres pełnienia służby ……………………………………………………………………………………………………..  Stanowisko służbowe ……………………………………………………………………………………………………….   1. Rodzaj misji / nr kontyngentu ……………………………………………………………………………...............   Okres pełnienia służby ……………………………………………………………………………………………………..  Stanowisko służbowe ……………………………………………………………………………………………………….   1. Rodzaj misji / nr kontyngentu ……………………………………………………………………………...............   Okres pełnienia służby ……………………………………………………………………………………………………..  Stanowisko służbowe ……………………………………………………………………………………………………….   1. Rodzaj misji / nr kontyngentu ……………………………………………………………………………...............   Okres pełnienia służby ……………………………………………………………………………………………………..  Stanowisko służbowe ………………………………………………………………………………………………………. | | |
| 1. **Dane dotyczące wypadku w trakcie pełnienia służby poza granicami kraju**: 2. Miejsce wypadku……………………………………………………………………………………………………………..   Data wypadku ………………………………………..  Okoliczności wypadku …………………………………………………………………………………………………....  Doznane obrażenia………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………..   1. Miejsce wypadku……………………………………………………………………………………………………………..   Data wypadku ………………………………………..  Okoliczności wypadku …………………………………………………………………………………………………....  Doznane obrażenia………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………..   1. Miejsce wypadku……………………………………………………………………………………………………………..   Data wypadku ………………………………………..  Okoliczności wypadku …………………………………………………………………………………………………....  Doznane obrażenia………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………..   1. Miejsce wypadku……………………………………………………………………………………………………………..   Data wypadku ………………………………………..  Okoliczności wypadku …………………………………………………………………………………………………....  Doznane obrażenia………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| 1. **Rodzaj grupy inwalidzkiej /trwały uszczerbek na zdrowiu**: 2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………   Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL …………………………………………………………………..   1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………   Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL …………………………………………………………………..   1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………   Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL ………………………………………………………………….. | | |
| 1. **Miejsce leczenia( dot. osób będących w trakcie leczenia), klinika – oddział** :   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 1. **Wyróżnienia otrzymane za pełnienie służby poza granicami kraju** (medale, odznaki itp.) 2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. 3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. 4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. 5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| 1. **Karalność** (czy karany, za co, kiedy, na jaką karę, przez jaki sąd )   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |

……………………………………………… data ………………………………………..

( miejscowość )

Potwierdzam wiarygodność podanych danych

…………………………………………………………………

( czytelny podpis – imię i nazwisko )