

# DANE OSOBOWE

## 1. Dane o osobie ubezpieczonej:

Nazwisko ..... Pierwsze imię ..... PESEL .....

Seria i numer dowodu ..... Nr tel. ....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... Imię ojca .....

Adres zamieszkania ..... Imię matki .....

## 2. Dane o członkach rodziny będącej na utrzymaniu osoby ubezpieczonej:

| Lp. | Nazwisko i imię, PESEL, seria i nr dowodu osobistego | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) | Jest na wyłącznym utrzymaniu (tak lub nie) | Jest na wspólnym gosp. Domowym (tak lub nie) | Adres zameldowania i numer telefonu | Stopień niepełnosprawności |
|-----|--|----------------|--------------------------------------|--|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 1.  |  |                |                                      |  |  |                                     |                            |
| 2.  |  |                |                                      |  |  |                                     |                            |
| 3.  |  |                |                                      |  |  |                                     |                            |
| 4.  |  |                |                                      |  |  |                                     |                            |
| 5.  |  |                |                                      |  |  |                                     |                            |

O wszelkich zmianach bezrobotny (a) zobowiązany (a) jest powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w ciągu 7 dni.

.....  
( data i podpis bezrobotnego )