**FORMULARZ ZMIANY/AKTUALIZACJI DANYCH OSOBOWYCH**

Nazwisko i imiona ………………………………………………………..….............Jednostka organizacyjna…………………………………………………..

**W związku ze zmianą moich danych osobowych dotyczących: nazwiska / dokumentu tożsamości / adresu zameldowania / adresu zamieszkania / adresu do korespondencji\* - proszę UMCS   
o dokonanie powyższych zmian w moich aktach osobowych, w systemach informatycznych, ZUS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane do uzupełnienia** | **Dane uzupełniane/potwierdzane przez pracownika** |
| Nazwisko i imiona |  |
| PESEL |  |
| Imiona rodziców |  |
| Data urodzenia |  |
| Seria i numer dok. tożsamości |  |
| Wydany przez/dnia |  |
| Termin ważności |  |
| Adres zameldowania  z datą dokonania zmiany:  ....................................................... | **miejscowość: kod pocztowy: poczta:** |
| **województwo: powiat: gmina:** |
| **ulica: nr domu: nr mieszkania:** |
| Adres zamieszkania/do korespondencji\*;  z data dokonania zmiany:  ....................................................... | **miejscowość: kod pocztowy: poczta:** |
| **województwo: powiat: gmina:** |
| **ulica: nr domu: nr mieszkania:** |
| Adres email /pole nieobowiązkowe/ |  |
| Telefon /pole nieobowiązkowe/ |  |
| Emerytura/renta/Nr  Organ przyznający/data |  |
|  |

**\*niepotrzebne skreślić**

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**..............................................................**

**(data i czytelny podpis pracownika)**

Wpłynęło do Centrum Kadrowo-Płacowego Podpis pracownika Biura Kadr