**FORMULARZ ZMIANY/AKTUALIZACJI DANYCH OSOBOWYCH**

Nazwisko i imiona ………………………………………………………..…................................................................. data ur. ………………………..….…………………

Jednostka organizacyjna ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..………………………..

**W związku ze zmianą moich danych osobowych dotyczących: nazwiska/dokumentu tożsamości/ adresu zameldowania stałego / adresu zameldowania czasowego / adresu do korespondencji / adres do formularzy PIT - proszę Centrum Kadrowo-Płacowe o dokonanie powyższych zmian w moich aktach osobowych, w systemach informatycznych, ZUS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane zmieniane (zaznaczyć X)** | **Dane do uzupełnienia** | **Dane uzupełniane/potwierdzane przez pracownika** |
|  | **Nazwisko i imiona** |  |
|  | **Seria i numer dok. tożsamości** |  |
|  | **Wydany przez/dnia** |  |
|  | **Termin ważności** |  |
|  | **Adres zameldowania**z datą dokonania zmiany:.................................................. | **miejscowość:** **kod pocztowy: poczta:**  |
|  |  **ulica: nr domu:** **nr mieszkania:**  |
|  | **województwo: powiat:** **gmina:**  |
|  | **Adres zamieszkania:**z data dokonania zmiany:.................................................. | **miejscowość:** **kod pocztowy: poczta:**  |
|  |  **ulica: nr domu:** **nr mieszkania:**  |
|  | **województwo: powiat:** **gmina:**  |
|  | **Adres do korespondencji**:z data dokonania zmiany:.................................................. | **miejscowość:** **kod pocztowy: poczta:**  |
|  |  **ulica: nr domu:** **nr mieszkania:**  |
|  | **województwo: powiat:** **gmina:**  |
|  | **Adres do formularzy PIT:**z data dokonania zmiany:.................................................. | **miejscowość:** **kod pocztowy: poczta:**  |
|  |  **ulica: nr domu:** **nr mieszkania:**  |
|  | **województwo: powiat:** **gmina:**  |
|  | **Adres email /pole nieobowiązkowe/** |  |
|  | **Telefon /pole nieobowiązkowe/** |  |
|  | **Emerytura/renta/Nr****Organ przyznający/data** |  |
|  |  |
|  | **Urząd Skarbowy wg miejsca zamieszkania, w którym podatnik podlega rozliczeniu z podatku dochodowego:** | **Nazwa:** |
|  | **Adres:** |

**\*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.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie- Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin będący Administratorem Danych Osobowych danych osobowych dotyczących mnie zgromadzonych w związku i w celu realizacji procesu zatrudnienia, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązku podania danych w oparciu o art. 22¹ KP oraz dobrowolności podania danych wykraczających poza zakres określony w ww. przepisie KP, a także o prawie dostępu do treści danych, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy.*

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

 **(data i czytelny podpis pracownika)**

Wpłynęło do Centrum Kadrowo-Płacowego

Podpis pracownika Biura Kadr