**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Nazwisko:**

**Imię:**

**Stanowisko:**

**Jednostka organizacyjna UW:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zmiana danych identyfikacyjnych** | Numer PESEL  / w przypadku jego braku – rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszport) |  |
| Nowe nazwisko  (wypełnić tylko w przypadku zmiany danych) |  |
| Nowe imię (imiona) |  |
| **Zmiana obywatelstwa** | Nowe obywatelstwo  (uzupełnić w przypadku zmiany danych) |  |
| **Zmiana regionalnego oddziału NFZ** | Kod oddziału NFZ  (uzupełnić w przypadku zmiany danych) |  |
| Nazwa oddziału NFZ  (uzupełnić w przypadku zmiany danych) |  |
| Data przystąpienia  (uzupełnić w przypadku zmiany danych) |  |
| **Zmiana adresu (uzupełnić tylko w przypadku zmiany danych)** | Adres zameldowania | miejscowość: kod pocztowy: poczta: |
| województwo:  powiat:  gmina/dzielnica: |
| ulica:  numer domu:  numer lokalu: |
| Adres zamieszkania –  Uzupełnij lub zaznacz „jak wyżej” | jak wyżej |
| miejscowość: kod pocztowy: poczta: |
| województwo:  powiat:  gmina/dzielnica: |
| ulica:  numer domu:  numer lokalu: |
| Adres do korespondencji –  Uzupełnij lub zaznacz „jak wyżej” | jak wyżej |
| miejscowość: kod pocztowy: poczta: |
| województwo:  powiat:  gmina/dzielnica: |
| ulica:  numer domu:  numer lokalu: |

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

Data:

**czytelny podpis Pracownika**

*Ważne! Proszę nie dołączać kopii dokumentów potwierdzających zmianę danych osobowych.*

|  |
| --- |
| Wpłynęło do BSP  Dnia: ……………………………  Pracownik BSP: …………………………………………… Pieczęć i podpis |