**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 BSPDnia: ……………………………Pracownik BSP: …………………………………………… Pieczęć i podpis |