|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
|  |
| **CZĘŚĆ I: DANE OSOBOWE** |
|  |
|  |  |  |
|  |  | KOLOROWE ZDJĘCIEOSOBY SPRAWDZANEJ(WYS. 5 cm x SZER. 4 cm) |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. NAZWISKO |  |
|  |
| 2. PIERWSZE IMIĘ |  | 3. DRUGIE IMIĘ |  |
|  |  |
| 4. NAZWISKO RODOWE |  | 5. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA |  |
|  |  |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) |  | 7. MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 8. POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 9. WCZEŚNIEJ POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 10. NR PESEL |  | 11. NIP |  |
|  |  |
| 12.1. NR DOWODU OSOBISTEGO |  | 12.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO |  |
|  |  |
| 12.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY |  |
|  |
| 13. CZY POSIADA PANI (PAN) PASZPORT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 13.1. – 13.4.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 13.1. NR PASZPORTU |  | 13.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU |  |
|  |  |
| 13.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT |  |
|  |
| 13.4. CZY POSIADA PANI (PAN) INNY PASZPORT, NIŻ WSKAZANY W PKT 13.1. – 13.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełnionywedług schematu z pkt 13.1. – 13.3.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 14. CZY JEST LUB BYŁA PANI (BYŁ PAN) OBJĘTA(OBJĘTY) POWSZECHNYM OBOWIĄZKIEM OBRONY?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 14.1. – 14.3.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 14.1. STOPIEŃ WOJSKOWY |  | 14.2. NR WOJSKOWEGO DOKUMENTUTOŻSAMOŚCI |  |
|  |  |
| 14.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ WOJSKOWY DOKUMENT TOŻSAMOŚCI |  |
|  |
| 15. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO |  |
|  |
| 16. ADRES ZAMELDOWANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 17. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 18. CZY JEST PANI (PAN) ZATRUDNIONA (ZATRUDNIONY) LUB PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 18.1. – 18.4.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 18.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY |  |
|  |
| 18.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 18.3. ZAJMOWANE STANOWISKO |  |
|  |
| 18.4. CZY POSIADA PANI (PAN) INNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA NIŻ WSKAZANE W PKT 18.1. – 18.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć doankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 18.1. – 18.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| **CZĘŚĆ II: DANE OSOBOWE CZŁONKÓW RODZINY** |
|  |
|  |
| **A. WSPÓŁMAŁŻONEK OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| 1. CZY POZOSTAJE PANI (PAN) W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2. – 25.4.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. OD KIEDY? (DD-MM-RRRR) |  | 3. MIEJSCE ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 4. NAZWISKO WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |
| 5. PIERWSZE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 6. DRUGIE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 7. NAZWISKO RODOWE WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 8. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 9. IMIĘ OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 10. NAZWISKO OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 11. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 12. IMIĘ MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 13. NAZWISKO MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 14. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 15. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 16. MIEJSCE URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 17. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 18. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 19. NR PESEL WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 20. NIP WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 21.1. NR DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 21.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 21.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |
| 22.1. NR PASZPORTU WSPÓŁMAŁŻONKA |  | 22.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |  |
| 22.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |
| 22.4. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK POSIADA INNY PASZPORT NIŻ WSKAZANY W PKT 22.1. – 22.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankietydodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 22.1. – 22.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 23. ADRES ZAMELDOWANIA WSPÓŁMAŁŻONKA(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 24. ADRES ZAMIESZKANIA WSPÓŁMAŁŻONKA(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 25. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK JEST ZATRUDNIONY LUB PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 25.1. – 25.4.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 25.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |
| 25.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 25.3. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA |  |
|  |
| 25.4. CZY PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK POSIADA INNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA NIŻ WSKAZANE W PKT 25.1. – 25.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK"proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 25.1. – 25.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **B. PARTNER ŻYCIOWY (PARTNERKA ŻYCIOWA) OSOBY SPRAWDZANEJ**NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY, KTÓRA POZOSTAJE W FAKTYCZNYM I TRWAŁYM – NIEBĘDĄCYM MAŁŻEŃSTWEM – ZWIĄZKU Z OSOBĄ SPRAW-DZANĄ |
|  |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) PARTNERA ŻYCIOWEGO (PARTNERKĘ ŻYCIOWĄ), Z KTÓRYM (KTÓRĄ) NIE POZOSTAJE PANI (PAN)W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2. – 22.4.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. OD KIEDY? (ROK) |  |
|  |
| 3. CZY PANI (PANA) PARTNER (PARTNERKA) POZOSTAJE W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM Z INNĄ OSOBĄ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4. NAZWISKO PARTNERA(PARTNERKI) |  |
|  |
| 5. PIERWSZE IMIĘ PARTNERA(PARTNERKI) |  | 6. DRUGIE IMIĘ PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 7. NAZWISKO RODOWE PARTNERA (PARTNERKI) |  | 8. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA PARTNERA (PARTNERKI) |
|  |  |
| 9. IMIĘ OJCA PARTNERA (PARTNERKI) |  | 10. NAZWISKO OJCA PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 11. NAZWISKO RODOWE OJCA PARTNERA (PARTNERKI) |  | 12. IMIĘ MATKI PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 13. NAZWISKO MATKI PARTNERA (PARTNERKI) |  | 14. NAZWISKO RODOWE MATKI PARTNERA (PARTNERKI) |
|  |  |
| 15. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR)PARTNERA (PARTNERKI) |  | 16. MIEJSCE URODZENIA PARTNERA (PARTNERKI)(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| – – |  |
| 17. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ) (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 18. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ) (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 19. NR PESEL PARTNERA (PARTNERKI) |  | 20. NIP PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 21.1. NR DOWODU OSOBISTEGO PARTNERA(PARTNERKI) |  | 21.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO PARTNERA(PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 21.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |
| 22.1. NR PASZPORTU PARTNERA (PARTNERKI) |  | 22.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |  |
| 22.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |
| 22.4. CZY PANI (PANA) PARTNER (PARTNERKA) POSIADA INNY PASZPORT NIŻ WSKAZANY W PKT 22.1. – 22.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK"proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 22.1 – 22.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 23. ADRES ZAMELDOWANIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |
|  |
| 24. ADRES ZAMIESZKANIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |
|  |
| 25.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA PARTNERA (PARTNERKI) |  |
|  |
| 25.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA PARTNERA (PARTNERKI) (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 25.3. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ PARTNERA (PARTNERKĘ) |  |
|  |
| 25.4. CZY PANI (PANA) PARTNER (PARTNERKA) POSIADA INNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA NIŻ WSKAZANE W PKT 25.1. – 25.3.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK"proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 25.1 – 25.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| **C. OJCIEC OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| 1. NAZWISKO OJCA |  | 2. PIERWSZE IMIĘ OJCA |  |
|  |  |
| 3. DRUGIE IMIĘ OJCA |  | 4. NAZWISKO RODOWE OJCA |  |
|  |  |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) OJCA |  | 6. MIEJSCE URODZENIA OJCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ OJCA (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ OJCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 9. NR PESEL OJCA |  |
|  |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA OJCA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA |  |
|  |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ OJCA |  |
|  |
|  |
| **D. MATKA OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| 1. NAZWISKO MATKI |  | 2. PIERWSZE IMIĘ MATKI |  |
|  |  |
| 3. DRUGIE IMIĘ MATKI |  | 4. NAZWISKO RODOWE MATKI |  |
|  |  |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) MATKI |  | 6. MIEJSCE URODZENIA MATKI (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY?) |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 9. NR PESEL MATKI |  |
|  |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA MATKI (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA MATKI |  |
|  |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA MATKI (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ MATKĘ |  |
|  |
|  |
| **E. RODZEŃSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **E. 1.** |
|  |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) RODZEŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2. – 15.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)\* (\*niewłaściwe skreślić) |  | 3. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |  |
| 4. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\* |  | 5. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |  |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)\* |  | 7. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)\* (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 9. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 10. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |
| 11. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)\*(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 12. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |
| 13. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\*(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 14. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* |  |
|  |
| 15. CZY POSIADA PANI/PAN INNE RODZEŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt E. 2.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **E. RODZEŃSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **E. 2.** |
|  |
| 1. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)\* (\*niewłaściwe skreślić) |  | 2. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |  |
| 3. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)\* |  | 4. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |  |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)\* |  | 6. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)\*(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* (OD KIEDY– DO KIEDY?) |  |
|  |
| 9. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)\*(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\* |  |
|  |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)\*(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)\* |  |
|  |
| 14. CZY POSIADA PANI (PAN) INNE RODZEŃSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU– w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt E. 2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| **F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **F. 1.** |
|  |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2. – 15.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)\* (\*niewłaściwe skreślić) |  | 3. PIERWSZE IMIĘ CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |  |
| 4. DRUGIE IMIĘ CÓRKI (SYNA)\* |  | 5. NAZWISKO RODOWE CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |  |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) CÓRKI (SYNA)\* |  | 7. MIEJSCE URODZENIA CÓRKI (SYNA)\*(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)\* (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 9. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)\* (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 10. NR PESEL CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 11. ADRES ZAMIESZKANIA CÓRKI (SYNA)\*(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 12. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |
| 13. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)\*(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 14. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)\* |  |
|  |
| 15. CZY POSIADA PANI/PAN INNE DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt F. 2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| **F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **F. 2.** |
|  |
| 1. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)\* (\*niewłaściwe skreślić) |  | 2. PIERWSZE IMIĘ CÓRKI (SYNA) \* |  |
|  |  |
| 3. DRUGIE IMIĘ CÓRKI (SYNA)\* |  | 4. NAZWISKO RODOWE CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |  |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) CÓRKI (SYNA)\* |  | 6. MIEJSCE URODZENIA CÓRKI (SYNA)\*(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA) \* (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)\* (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 9. NR PESEL CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA CÓRKI (SYNA)\*(ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)\* |  |
|  |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA CÓRKI (SYNA)\*(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ CÓRKĘ (SYNA)\* |  |
|  |
| 14. CZY POSIADA PANI/PAN INNE DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowyarkusz wypełniony według schematu z pkt F. 2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **G. WSPÓŁMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **G. 1.** |
|  |
| 1. CZY ZAMIESZKUJE PANI ( PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – F. TEJ CZĘŚCIANKIETY?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2. – 20.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓŁMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ |  |
|  |
| 3. NAZWISKO WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 4. PIERWSZE IMIĘ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 5. DRUGIE IMIĘ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 6. NAZWISKO RODOWE WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 7. IMIĘ OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 8. NAZWISKO OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 9. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 10. IMIĘ MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 11. NAZWISKO MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 12. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 13. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 14. MIEJSCE URODZENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 16. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 17. NR PESEL WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 18. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 19. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 20. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 21. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – G.1. TEJCZĘŚCI ANKIETY?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt G.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **G. WSPÓŁMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ** |
|  |
| **G.2.** |
|  |
| 1. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓŁMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ |  |
|  |
| 2. NAZWISKO WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 3. PIERWSZE IMIĘ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 4. DRUGIE IMIĘ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 5. NAZWISKO RODOWE WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 6. IMIĘ OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 7. NAZWISKO OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 8. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 9. IMIĘ MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 10. NAZWISKO MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 11. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |  |
| 12. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓŁMIESZKAŃCA |  | 13. MIEJSCE URODZENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA(MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |  |
| – – |  |
| 14. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA (OD KIEDY?) |  |
|  |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) |  |
|  |
| 16. NR PESEL WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 17. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 18. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMIESZKAŃCA(ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 19. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓŁMIESZKAŃCA |  |
|  |
| 20. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANEW PKT A. – G.2. TEJ CZĘŚCI ANKIETY?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć doankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt G.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **CZĘŚĆ III: DANE DOTYCZĄCE HISTORII ŻYCIA ZAWODOWEGO I OSOBISTEGO** |
|  |
| 1. CZY BYŁA PANI ZATRUDNIONA (BYŁ PAN ZATRUDNIONY) LUB PROWADZIŁA PANI (PROWADZIŁ PAN) DZIAŁALNOŚĆGOSPODARCZĄ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić tabelę) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| daty zatrudnienialub prowadzenia działalnościgospodarczej (od - do) | nazwa miejsca zatrudnienia (firmy) | ostatnio zajmowanestanowisko |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 2. CZY POSIADAŁA PANI (POSIADAŁ PAN) LUB POSIADA PANI (PAN) DOSTĘP DO INFORMACJI NIEJAWNYCH?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić tabelę) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| daty dostępu doinformacjiniejawnych(od – do) | nazwa miejsca zatrudnienia(jednostki i komórkiorganizacyjnej), w którymposiadała Pani (posiadał Pan)lub posiada Pani (Pan) dostępdo informacji niejawnych | nazwa i nr dokumentuupoważniającego dodostępu do informacjiniejawnych, nazwa organu,który wydał ten dokument,data wydania dokumentu | klauzula tajności, do jakiej miałaPani (miał Pan) w przeszłości lubma Pani (Pan) obecnie dostęp |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 3.1. WYKSZTAŁCENIE |  | 3.2. STOPIEŃ LUB TYTUŁ NAUKOWY(STOPNIE LUB TYTUŁY NAUKOWE) |  |
|  |  |
| 3.3. PROSZĘ PODAĆ NAZWY SZKÓŁ I KURSÓW ZAGRANICZNYCH, KTÓRE UKOŃCZYŁA PANI (UKOŃCZYŁ PAN) BĘDĄCOSOBĄ DOROSŁĄ (LUB GDY OSTATNIĄ SZKOŁĘ UKOŃCZYŁA PANI (UKOŃCZYŁ PAN) PRZED UPŁYWEM 18 ROKU ŻYCIA– PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ OSTATNIEJ UKOŃCZONEJ PRZEZ PANIĄ (PANA) SZKOŁY) ORAZ NAZWY SZKÓŁ I KURSÓWZAGRANICZNYCH, GDZIE UCZY SIĘ PANI (PAN) OBECNIE |  |
|  |
| daty nauki (od – do) | nazwa i adres szkoły | uzyskane dokumenty |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 4. CZY BYŁA PANI (BYŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI – BĘDĄC OSOBĄ DOROSŁĄ – LUB JEST PANI (PAN) OBECNIE CZŁONKIEM PARTIIPOLITYCZNYCH, STOWARZYSZEŃ, INNYCH ORGANIZACJI SPOŁECZNYCH ALBO WŁADZ FUNDACJI?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić tabelę) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| daty członkostwa(od – do) | nazwa i adres organizacji | pełniona funkcja |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 5. PROSZĘ PODAĆ ADRESY, POD KTÓRYMI ZAMIESZKIWAŁA PANI (ZAMIESZKIWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 ROKU ŻYCIAPRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 30 DNI |  |
|  |
| daty zamieszkania(od – do) | Adres |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **CZĘŚĆ IV: DANE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA** |
|  |
| 1. CZY W LATACH 1944 – 1990 BYŁA PANI (BYŁ PAN) PRACOWNIKIEM LUB TAJNYM WSPÓŁPRACOWNIKIEM ORGANÓW BEZ-PIECZEŃSTWA PAŃSTWA W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 18 PAŹDZIERNIKA 2006 R. O UJAWNIANIU INFORMACJI O DO-KUMENTACH ORGANÓW BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA Z LAT 1944 – 1990 ORAZ TREŚCI TYCH DOKUMENTÓW (DZ. U. ZDNIA 30 LISTOPADA 2006 R. NR 218, POZ. 1592, Z PÓŹN. ZM.)?(**UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA TO PYTANIE – PRZEZ ANALOGIĘ DO ART. 9 CYT. USTAWY – JEST Z MOCYPRAWA ZWOLNIONE Z ZACIĄGNIĘTYCH WCZEŚNIEJ ZOBOWIĄZAŃ DO ZACHOWANIA TAJEMNICY)**(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2. CZY BYŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY) ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO (Z WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW, KTÓRE ULEGŁY ZATARCIU)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.4.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ ORZECZENIE |  |
|  |
| 2.2. DATA ORZECZENIA (DD-MM-RRRR) |  | 2.3. OKREŚLENIE PRZESTEPSTWA, ZA POPEŁNIENIEKTÓREGO BYŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY) |  |
| – – |  |
| 2.4. CZY BYŁA PANI KARANA (BYŁ PAN KARANY) ZA POPEŁNIENIE INNEGO NIŻ PRZYPADEK WSKAZANY W PKT 2. - 2.3.PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO (Z WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW, KTÓRE ULEGŁY ZATARCIU)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1 - 2.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 3. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA O UKARANIE ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWALUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.4.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 3.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY PROWADZI SPRAWĘ |  |
|  |
| 3.2. NR SPRAWY |  | 3.3. OKREŚLENIE, W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM POPEŁNIENIA JAKIEGOPRZESTEPSTWA TOCZY SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIE |  |
|  |  |
| 3.4. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) INNE NIŻ WSKAZANE W PKT 3. – 3.3. POSTĘPOWANIA O UKARANIE ZAPOPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowyarkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1 – 3.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 3.5. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA DYSCYPLINARNE W ZWIĄZKU Z NARUSZENIEMPRZEPISÓW O OCHRONIE INFORMACJI NIEJAWNYCH?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4. CZY KIEDYKOLWIEK STWIERDZIŁA PANI (STWIERDZIŁ PAN) FAKT ZAINTERESOWANIA SWOJĄ OSOBĄ ZE STRONY ZA-GRANICZNYCH SŁUŻB SPECJALNYCH LUB INNYCH OBCYCH INSTYTUCJI APARATU ŚCIGANIA (POLICJA, STRAŻ GRANICZ-NA) BĄDŹ GRUP ZORGANIZOWANEJ PRZESTĘPCZOŚCI (POLSKICH LUB ZAGRANICZNYCH)? CZY WIADOMO PANI (PANU)COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH SWOIM WSPÓŁMAŁŻONKIEM LUB PARTNEREM (PARTNERKĄ), INNYMIOSOBAMI POZOSTAJĄCYMI WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYMI CZŁONKAMI RODZINY? JEŚLITAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PA-NEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE.(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 5. CZY KIEDYKOLWIEK PODCZAS POBYTU ZA GRANICĄ BYŁA PANI WYPYTYWANA (BYŁ PAN WYPYTYWANY) LUB W INNYSPOSÓB INDAGOWANA (INDAGOWANY) PRZEZ OBCE WŁADZE (IMIGRACYJNE, SKARBOWE, INNE) NA TEMATY ZWIĄZANEZ ZAGADNIENIAMI BEZPIECZEŃSTWA LUB OBRONNOŚCI PAŃSTWA? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚO ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH WOBEC SWOJEGO WSPÓŁMAŁŻONKA, PARTNERA (PARTNERKI) LUB INNYCHOSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYCH CZŁONKÓW RODZINY? JEŚLI TAK,PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH DALSZYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONEZ PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZA-JĄCE. (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 6. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) PRZEBYWALIŚCIE ZA GRANICĄ DŁUŻEJ NIŻ30 DNI PO UKOŃCZENIU 18 LAT?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić tabelę) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| imię i nazwisko | daty pobytu(od – do) | miejsce (kraj, miejscowość)i adres pobytu | powód pobytu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 7. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) UTRZYMUJECIE LUB UTRZYMYWALIŚCIEW OKRESIE OSTATNICH 20 LAT KONTAKTY PRYWATNE LUB SŁUŻBOWE Z OBYWATELAMI INNYCH PAŃSTW? |  |
| (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić tabelę) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| imię i nazwisko | imię i nazwiskoobywatela innegopaństwa, z którymutrzymywano kontakt | kraj pochodzeniaobywatela innegopaństwa, z którymutrzymywano kontakt | datyutrzymywaniakontaktu(od – do) | powód i charakterkontaktu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **CZĘŚĆ V: DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA** |
|  |
| 1. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁA PANI PODDANA (BYŁ PAN PODDANY) BADANIU, PO KTÓRYM OKREŚLONO PANI (PANU) KATEGORIĘZDROWIA (NP. W WOJSKU, W MSWiA, ABW, AW, CBA, SKW, SWW)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 1.1.— 1.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 1.1. CZY W WYNIKU BADANIA WSKAZANEGO W PKT 1 UZNANO PANIĄ ZA ZDOLNĄ (PANA ZA ZDOLNEGO) DO SŁUŻBY?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 1.2. KATEGORIA ZDROWIA PRZYZNANA PANI (PANU) W BADANIU WSKAZANYM W PKT 1. — 1.1. |  |
|  |
| 2. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.6.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2.1. NAZWA CHOROBY |  | 2.2. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |  |
|  |  |
| 2.3. CZY W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ WSKAZANĄ W PKT 2. - 2.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN)LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2.4. – 2.6.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.) |  |
|  |
| 2.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN) LECZONY W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 2.4.(LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 2.4.)? |  |
|  |
| 2.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA CHOROBY PSYCHICZNE INNENIŻ WSKAZANE W PKT 2. – 2.5.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi„TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. – 2.5.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 3. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNEDOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY, POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.6.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 3.1. NAZWA DOLEGLIWOŚCI (CHOROBY) |  | 3.2. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |  |
|  |  |
| 3.3. CZY W ZWIĄZKU Z DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBĄ) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘPANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 3.4. — 3.5.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE  | [ ]  |  |
| 3.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z DOLEGLIWOŚCIĄ (CHOROBĄ) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBĄ WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.) |  |
|  |
| 3.5. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN LECZONY) W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 3.4.?(LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 3.4.) |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 3.6. CZY CIERPI PANI (PAN) LUB CIERPIAŁA PANI (CIERPIAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI NA INNE NIŻ CHOROBY PSYCHICZNEDOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH, NIEWSKAZANEWCZEŚNIEJ W PKT 3. – 3.5.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszęzałączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1. – 3.5.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4. CZY ZAŻYWA PANI(PAN) LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODEK ODURZAJĄCY LUB SUBSTANCJĘ PSYCHOTROPOWĄ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.7.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4.1. NAZWA ŚRODKA ODURZAJĄCEGOLUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ |  | 4.2. ILE RAZY I W JAKIEJ DAWCE? |  | 4.3. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |  |
|  |  |  |
| 4.4. CZY W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ LECZY SIĘ PANI (PAN)ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUBTERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 4.5. – 4.7.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4.5. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUBSUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU ZAŻYWANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ) |  |
|  |
| 4.6. W JAKIM OKRESIE (OD – DO) BYŁA PANI LECZONA (BYŁ PAN LECZONY) W PLACÓWCE WSKAZANEJ W PKT 4.5.?(LUB POD OPIEKĄ LEKARZA WSKAZANEGO W PKT 4.5.) |  |
|  |
| 4.7. CZY ZAŻYWA PANI (PAN) LUB ZAŻYWAŁA PANI (ZAŻYWAŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUB-STANCJI PSYCHOTROPOWEJ, NIEWSKAZANYCH WCZEŚNIEJ W PKT 4. – 4.6.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WY-BORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 4.1. –4.6.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 5. CZY SPOŻYWA PANI(PAN) ALBO SPOŻYWAŁA PANI (SPOŻYWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 LAT ALKOHOL W ILO-ŚCIACH POWODUJĄCYCH UTRATĘ ŚWIADOMOŚCI?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 5.1. – 5.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 5.1. JAK CZĘSTO? |  | 5.2. W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH? |  |
|  |  |
|  |
| 6. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT SPOŻYWANIE ALKOHOLU BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄ PROBLEMÓW W PANI (PANA)PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 6.1. – 6.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 6.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY |  | 6.2. KIEDY? |  |
|  |  |
| 7. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁAPANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUB TERAPIĘ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.3.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 7.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |  |
|  |
| 7.2. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU (LUB DANELEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU) |  |
|  |
| 7.3. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWANIEM ALKOHOLU, POZA PRZYPADKAMI WSKAZANYMI W PKT 7. – 7.2., LECZY SIĘ PANI (PAN)ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (LECZYŁ SIĘ PAN) LUB BYŁA PANI KIEROWANA (BYŁ PAN KIEROWANY) NA LECZENIE LUBTERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankietydodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. — 7.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| **CZĘŚĆ VI: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MAJĄTKOWO-FINANSOWEJ** |
|  |
| 1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACYWSKAZANYM W CZ. I PKT 18.1. – 18.3. |  |
|  |
| 1.1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACYWSKAZANYM W CZ. I PKT 18.4. |  |
|  |
| 2. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1 i 1.1. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI *(np. dochody otrzymywa-ne bez świadczenia pracy, emerytury, renty, zasiłki, renty zagraniczne, dywidendy od posiadanych papierów wartościowych, odsetkiod lokat bankowych – jeżeli miesięczny zysk przekracza 100 złotych (PLN), zyski z obrotu akcjami na giełdzie, zyski z udziałów wfunduszach powierniczych, dochody z wynajmu nieruchomości, wygrane w grach losowych – o wysokości ponad 20.000 złotych(PLN), honoraria za publikacje lub z działalności dydaktycznej, dochody z realizacji umów zleconych, i inne)* (PROSZĘ ZAZNACZYĆ OD-POWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 2.1. — 2.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 2.1. RODZAJ DOCHODU LUB ZYSKU |  | 2.2. WYSOKOŚĆ WYPŁACANYCH PANI(PANU) DOCHODÓWLUB ZYSKÓW |  |
|  |  |
| 2.3. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1. – 2.2. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankietydodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. — 2.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 3. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH PANI (PANU) WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUBZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY |  |
|  |
| 4. CZY Z RACJI ZAJMOWANEGO OBECNIE LUB W PRZESZŁOŚCI STANOWISKA BYŁA PANI (BYŁ PAN) ZOBOWIĄZA-NA(ZOBOWIĄZANY) SKŁADAĆOŚWIADCZENIA O STANIE MAJĄTKOWYM?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 4.1. — 4.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 4.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |  | 4.2. KOMU? (PROSZĘ WSKAZAĆ WŁAŚCIWY ORGAN) |  |
|  |  |
| 5. CZY SWOJE GOSPODARSTWO DOMOWE PROWADZI PANI SAMA (PAN SAM)?PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE" proszę wypełnić pkt 5.1. – 5.6.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 5.1. IMIĘ OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM)WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE |  | 5.2. NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM)WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE |  |
|  |  |
| 5.3. NR PESEL OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM)WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE |  | 5.4. NIP OSOBY PROWADZĄCEJ Z PANIĄ (PANEM)WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE |  |
|  |  |
| 5.5. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH OSOBIE WSKAZANEJ W PKT 5.1. – 5.4. WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUBZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY |  |
|  |
| 5.6. PROSZĘ PODAĆ LICZBĘ OSÓB POZOSTAJĄCYCH NA PANI (PANA) UTRZYMANIU |  |
|  |
| 6. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIENIERUCHOMOŚCI?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 6.1. – 6.11.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 6.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELANIERUCHOMOŚCI |  | 6.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELANIERUCHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 6.3. NAZWA NIERUCHOMOŚCI |  |
|  |
| 6.4. ADRES NIERUCHOMOŚCI |  |
|  |
| 6.5. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI |  |
|  |
| 6.6. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI |  | 6.7. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERU-CHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 6.8. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI |  | 6.9. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 6.10. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI |  |  |
|  |  |
| 6.11. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEINNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1. – 6.10.) NIERUCHOMOŚCI?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 6.12. – 6.22.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 6.12. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  | 6.13. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCI-CIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |  |
| 6.14. NAZWA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |
| 6.15. ADRES NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |
| 6.16. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |
| 6.17. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCIWSKAZANEJ W PKT 6.11. |  | 6.18. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCIWSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |  |
| 6.19. SPOSÓB NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  | 6.20. DATA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |
|  |  |
| 6.21. CENA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. |  |  |
|  |  |
| 6.22. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE (POZA WSKAZANYMI W PKT 6.1 – 6.21.) NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – wprzypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 6.1. – 6.10.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 7. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEFIRMĘ (PRZEDSIĘBIORSTWO) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.10.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 7.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |  | 7.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 7.3. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) , KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.1. – 7.2. JEST WŁAŚCICIELEM LUBPOSIADA AKCJE (UDZIAŁY) |  |
|  |
|  |
| 7.4. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBLICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW) |  | 7.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘ-BIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |  |
|  |  |
| 7.6. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) |  | 7.7. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) |  |
|  |  |
| 7.8. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) |  | 7.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆFIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |  |
|  |  |
| 7.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEINNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.9., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIR-MIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 7.11. – 7.20.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 7.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)WSKAZANYCH W PKT 7.10. |  | 7.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.10. |  |
|  |  |
| 7.13. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA), KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.11. – 7.12. JEST WŁAŚCICIELEM LUBPOSIADA AKCJE (UDZIAŁY) |  |
|  |
| 7.14. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBLICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  | 7.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIAFIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI(UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  |
|  |  |
| 7.16. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  | 7.17. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  |
|  |  |
| 7.18. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUBAKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  | 7.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY(PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW)WSKAZANYCH W PKT 7.13. |  |
|  |  |
| 7.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWEPOSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.19., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY)W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczeniaodpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.9.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 8. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE RUCHOMOŚCI, KTÓ-RYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 8.1. – 8.10.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 8.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)RUCHOMOŚCI |  | 8.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA)RUCHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 8.3. NAZWA RUCHOMOŚCI |  |
|  |
| 8.4. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI |  | 8.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 8.6. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCI |  | 8.7. DATA NABYCIA RUCHOMOŚCI |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 8.8. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI |  | 8.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI |  |
|  |  |
| 8.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEINNE NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.9., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUBJEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 8.11. – 8.19.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 8.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELARUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |  | 8.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELARUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |  |
|  |  |
| 8.13. NAZWA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |  |
|  |
| 8.14. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI WSKAZANEJW PKT 8.10. |  | 8.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCIWSKAZANEJ W PKT 8.10. |  |
|  |  |
| 8.16. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCIWSKAZANEJ W PKT 8.10. |  | 8.17. DATA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJW PKT 8.10. |  |
|  |  |
| 8.18. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCIWSKAZANEJ W PKT 8.10. |  | 8.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆRUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |  |
|  |  |
| 8.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEINNE NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.19., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUBJEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU –w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 8.1. – 8.9.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 9. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 9.1. – 9.5.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 9.1. STATUS |  |
|  |
| **JEDYNY WŁAŚCICIEL** | [ ]  | **WSPÓŁWŁAŚCICIEL** | [ ]  |  |
|  |
| 9.2. NAZWA BANKU |  |
|  |
| 9.3. ADRES BANKU |  |
|  |
| 9.4. NUMER RACHUNKU |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 9.5. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH INNYCH NIŻ WSKA-ZANE W PKT 9. – 9.4.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 9.6. – 9.10.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 9.6. STATUS – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5. |  |
|  |
| **JEDYNY WŁAŚCICIEL** | [ ]  | **WSPÓŁWŁAŚCICIEL** | [ ]  |  |
|  |
| 9.7. NAZWA BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5. |  |
|  |
| 9.8. ADRES BANKU – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5. |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 9.9. NUMER RACHUNKU Z PKT 9.5. |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 9.10. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH INNYCH NIŻWSKAZANE W PKT 9. – 9.9.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załą-czyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 9.1. – 9.4.) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| 10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE JESTEŚCIE ZADŁUŻENILUB POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE *(np. kredyty, zaległości podatkowe, alimenty, spłatyhipoteki lub zastawu, należności wynikające z orzeczeń sądowych)* ?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 10.1. – 10.14.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 10.1. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE |  | 10.2. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE |  |
|  |  |
| 10.3. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO |  |
|  |
| 10.4. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE |  |
|  |
| 10.5. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZYCIELA |  |
|  |
| 10.6. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIA |  | 10.7. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY |  |
|  |  |
| 10.8. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA |  | 10.9. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY |  |
|  |  |
| 10.10. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA |  | 10.11. DATA PRZEWIDYWANEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY |  |
|  |  |
| 10.12. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.1. – 10.11.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 10.13. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEJAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10.1. – 10.12.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 10.14. – 10.26.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 10.14. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIEWSKAZANE W PKT 10.13. |  | 10.15. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIEWSKAZANE W PKT 10.13. |  |
|  |  |
| 10.16. NAZWA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13. |  |
|  |
| 10.17. NAZWA I NUMER DOKUMENTU, NA PODSTAWIE KTÓREGO POWSTAŁO ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13. |  |
|  |
| 10.18. NAZWA LUB IMIĘ I NAZWISKO WIERZYCIELA ZOBOWIĄZANIA FINANSOWEGO WSKAZANEGO W PKT 10.13. |  |
|  |
| 10.19. CAŁKOWITA KWOTA ZOBOWIĄZANIAWSKAZANEGO W PKT 10.13. |  | 10.20. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIAWSKAZANEGO W PKT 10.13. |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 10.21. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIAWSKAZANEGO W PKT 10.13. |  | 10.22. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATYZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |  |
|  |  |
| 10.23. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |  | 10.24. DATA PRZEWIDYWANEJ CAŁKOWITEJ SPŁATYZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |  |
|  |  |
| 10.25. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁO MIEJSCE OPÓŹNIENIE SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13.?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
|  |
| 10.26. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIEJAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10. – 10.25.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIEPOLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 10.1. –10.12.) |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 11. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT UCZESTNICTWO W GRACH HAZARDOWYCH BYŁO KIEDYKOLWIEK PRZYCZYNĄPROBLEMÓW W PANI (PANA) PRACY LUB W ŻYCIU PRYWATNYM?(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" proszę wypełnić pkt 11.1. — 11.2.) |  |
| TAK | [ ]  | NIE | [ ]  |  |
| 11.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY |  | 11.2. KIEDY? |  |
|  |  |
|  |
|  |
| **CZĘŚĆ VII: OSOBY POLECAJĄCE** |
|  |
| **A.** |
|  |
| 1. PIERWSZE IMIĘ |  | 2. NAZWISKO |  |
|  |  |
| 3. NR PESEL |  | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO |  |
|  |  |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA |  |
|  |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO |  |
|  |
|  |
| **B.** |
|  |
| 1. PIERWSZE IMIĘ |  | 2. NAZWISKO |  |
|  |  |
| 3. NR PESEL |  | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO |  |
|  |  |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO** |  |
|  |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO |  |
|  |
|  |
| **C.** |
|  |
| 1. PIERWSZE IMIĘ |  | 2. NAZWISKO |  |
|  |  |
| 3. NR PESEL |  | 4. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO |  |
|  |  |
| 5. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 6. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA |  |
|  |
| 7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) |  |
|  |
| 8. ZAJMOWANE STANOWISKO |  |
|  |
|  |
| Oświadczam, iż wypełniłam (wypełniłem) ankietę osobiście, zgodnie ze swoją wiedzą, świadoma(świadomy), że ukrywanie lub podawanie niezgodnych z prawdą informacji mających znaczenie dlaochrony informacji niejawnych będzie mogło stanowić podstawę odmowy wydania mi poświadczeniabezpieczeństwa. |
| Oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie wobec mnie postępowania sprawdzającego wedługprzepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 742). |
|  |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY |  | PODPIS OSOBY SPRAWDZANEJ |  |
|  |  |