

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Rząd Rzeczypospolitej Polskiej, kierując się troską o bezpieczeństwo narodowe i mając na uwadze powinność jego ochrony, przedstawia tę ankietę w przekonaniu, iż zostanie ona wypełniona zgodnie z Pani (Pana) najlepszą wiedzą i wolą. Dziękując za współpracę, podkreślamy, że celem tej ankiety jest wyłącznie ochrona bezpieczeństwa narodowego przed zagrożeniami ze strony obcych służb specjalnych oraz ugrupowań terrorystycznych lub grup przestępczych. Prosimy uważnie przeczytać poniższą instrukcję, a w razie wątpliwości zwrócić się do pełnomocnika ochrony w Pani (Pana) jednostce organizacyjnej albo do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego bądź Służby Kontrwywiadu Wojskowego o pomoc w wypełnieniu ankiety.

Ankieta bezpieczeństwa osobowego, po wypełnieniu, stanowi tajemnicę prawnie chronioną i podlega ochronie przewidzianej dla informacji niejawnych o klauzuli tajności „poufne” w przypadku poszerzonego postępowania sprawdzającego lub „zastrzeżone” w przypadku zwykłego postępowania sprawdzającego. Jednocześnie informujemy Państwa, że informacje zawarte w niniejszej ankiecie są chronione *ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 oraz z 2018 r. poz. 138 i 723)*⁸⁾ i mogą być wykorzystane jedynie do celów postępowania sprawdzającego lub kontrolnego postępowania sprawdzającego, prowadzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 632). Akta zakończonego postępowania sprawdzającego lub kontrolnego postępowania sprawdzającego mogą zostać udostępnione wyłącznie na żądanie sądu lub prokuratora w celu ścigania karnego lub podmiotom uprawnionym do prowadzenia postępowań sprawdzających, a także właściwemu organowi w celu rozpatrzenia odwołania lub dokonania sprawdzenia prawidłowości przeprowadzenia postępowania sprawdzającego oraz sądowi administracyjnemu w związku z rozpatrywaniem skargi.


⁸⁾ Ustawa utraciła moc z dniem 25 maja 2018 r. z wyjątkiem art. 1, art. 2, art. 3 ust. 1, art. 4–7, art. 14–22, art. 23–28, art. 31 oraz rozdziałów 4, 5 i 7, które zachowały moc w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych w celu rozpoznawania, zapobiegania, wykrywania i zwalczania czynów zabronionych, prowadzenia postępowań w sprawach dotyczących tych czynów oraz wykonywania orzeczeń w nich wydanych, kar porządkowych i środków przymusu w zakresie określonym w przepisach stanowiących podstawę działania służb i organów uprawnionych do realizacji zadań w tym zakresie, w terminie do dnia wejścia w życie przepisów wdrażających dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez właściwe organy do celów zapobiegania przestępczości, prowadzenia postępowań przygotowawczych, wykrywania i ścigania czynów zabronionych i wykonywania kar, w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyłającą decyzję ramową Rady 2008/977/WSiSW (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 89), na podstawie art. 175 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000), która weszła w życie z dniem 25 maja 2018 r. Przepisy ustawy wymienione w zdaniu pierwszym utraciły moc z dniem 6 lutego 2019 r., na podstawie art. 107 ustawy z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości (Dz. U. z 2019 r. poz. 125), która weszła w życie z dniem 6 lutego 2019 r.

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

Instrukcja

1. Przed wypełnieniem ankiety proszę się z nią dokładnie zapoznać.
2. Proszę wypełniać ankietę osobiście. Cudzoziemcy niewładający językiem polskim składają osobiście wypełnione ankiety w językach ojczystych, dołączając do nich tłumaczenie ich treści, wykonane przez tłumacza przysięgłego.
3. Jeśli ankietę zawiera zbyt mało miejsca na wpisanie danych, proszę je podać na osobnym arkuszu formatu A4, który należy dołączyć do ankiety.
4. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytanie zasadnicze proszę wypełnić wszystkie pozostałe rubryki odnoszące się do tego pytania.
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi przeczącej na pytanie zasadnicze proszę nie wypełniać pozostałych rubryk odnoszących się do tego pytania.
6. W razie braku wiedzy umożliwiającej podanie danych proszę wpisać sformułowanie: „nie wiem” i podać przyczynę.
7. Informacje o partnerce (partnerze), o której (którym) mowa w części II B, należy podać tylko i wyłącznie wtedy, gdy związek z partnerką (partnerem) ma charakter faktycznego i trwałego pożycia.
8. Informacje o odsetkach od lokat bankowych i rachunkach bankowych, o których mowa w części VI, należy podać także, gdy dotyczą lokat oraz rachunków w spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych oraz w bankach zagranicznych.
9. Jeżeli dane w kolejnych punktach ankiety są identyczne z danymi podanymi w poprzednich punktach, można w kolejnych punktach wpisywać sformułowanie: „jak w pkt ...”.
10. Jeżeli któryś z członków rodziny zmarł, proszę ograniczać wypełnianie takiego fragmentu ankiety wyłącznie do podania jego imienia, nazwiska, daty i miejsca urodzenia oraz sformułowania: „nie żyje”.
11. Osoby objęte zwykłym postępowaniem sprawdzającym nie wypełniają części V, VI i VII ankiety.
12. Osoby objęte poszerzonym postępowaniem sprawdzającym, z wyjątkiem osób ubiegających się o wydanie poświadczenia bezpieczeństwa upoważniającego do dostępu do informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „ściśle tajne” lub stanowiącą jej odpowiednik klauzulą tajności organizacji międzynarodowej, nie wypełniają części VII ankiety.
13. Pkt 1 w części IV ankiety wypełniają osoby urodzone przed dniem 1 sierpnia 1972 r.
14. Przy kolejnym postępowaniu sprawdzającym część III należy wypełnić wyłącznie z odniesieniem się do okresu, począwszy od daty wypełnienia poprzedniej ankiety do dnia wypełnienia następnej ankiety. Jeżeli dane odnoszące się do wyżej wymienionych punktów nie uległy zmianie, należy przy nich pisać sformułowanie: „bez zmian”.
15. Osoby objęte poszerzonym postępowaniem sprawdzającym mogą włożyć ankietę do koperty i zakleić.

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| CZĘŚĆ I: DANE OSOBOWE | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  | |
| 1. NAZWISKO | KOWALSKI |
| 2. PIERWSZE IMIĘ | JAN |
| 3. DRUGIE IMIĘ | NIE POSIADAM |
| 4. NAZWISKO RODOWE | KOWALSKI |
| 5. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA | NIE POSIADAM |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) | 11 - 11 - 1990 |
| 7. MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) | KĘTRZYN, POLSKA |
| 8. POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY?) | POLSKIE OD URODZENIA |
| 9. WCZEŚNIEJ POSIADANE OBYWATELSTWA (OD KIEDY – DO KIEDY?) | NIE POSIADAM |
| 10. NR PESEL | 90111123456 |
| 11. NIP | 1234567890 LUB NIE POSIADAM |
| 12.1. NR DOWODU OSOBISTEGO | ABC 123456 |
| 12.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO | 11.11.2030 |
| 12.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY | BURMISTRZ MIASTA KĘTRZYN |
| 13. CZY POSIADA PANI (PAN) PASZPORT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 13.1. – 13.4.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 13.1. NR PASZPORTU | AA 1234567 |
| 13.2. DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU | 11.11.2030 |
| 13.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ PASZPORT | WOJEWODA WARMIŃSKO - MAZURSKI |
| 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 wypełniony według schematu z pkt 13.1. – 13.3.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 14. CZY JEST LUB BYŁA PANI (BYŁ PAN) OBJĘTA(OBJĘTY) OBOWIĄZKIEM OBRONY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 14.1. – 14.3.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.1. STOPIEŃ WOJSKOWY KAPRAL | 14.2. NR WOJSKOWEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI AA 123456 |
| 14.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ WOJSKOWY DOKUMENT TOŻSAMOŚCI WKU GIŻYCKO | |
| 15. NR TELEFONU KONTAKTOWEGO 11-11-11 | |
| 16. ADRES ZAMELDOWANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) KRÓTKA, 1.1, M-400 KĘTRZYN, POLSKA, 11-11-11 | |
| 17. ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) JAK W PKT. 16 | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 18.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY JEDNOSTKA WOJSKOWA 3795 | |
| 18.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB PROWADZONEJ FIRMY (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) AL. WOJSKA POLSKIEGO 2, M-500 GIŻYCKO, POLSKA, 333-254 | |
| 18.3. ZAJMOWANE STANOWISKO KIEROWCA | |
| 18.4. CZY POSIADA PANI (PAN) INNE MIEJSCA ZATRUDNIENIA NIŻ WSKAZANE W PKT 18.1. – 18.3.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 18.1. – 18.3.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 2. OD KIEDY? (DD-MM-RRRR) M - M - 2010 | 3. MIEJSCE ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) KĘTRZYN, POLSKA |
| 4. NAZWISKO WSPÓŁMAŁŻONKA KOWALSKA | |
| 5. PIERWSZE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA ANNA | 6. DRUGIE IMIĘ WSPÓŁMAŁŻONKA MARIA |
| 7. NAZWISKO RODOWE WSPÓŁMAŁŻONKA NOWAK | 8. INNE POPRZEDNIE NAZWISKA WSPÓŁMAŁŻONKA NIE POSIADAŁA |
| 9. IMIĘ OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA ADAM | 10. NAZWISKO OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA NOWAK |
| 11. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓŁMAŁŻONKA NOWAK | 12. IMIĘ MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA MARIA |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. NAZWISKO MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA <i>NOWAK</i> | 14. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓŁMAŁŻONKA <i>SAWICKA</i> |
| 15. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓŁMAŁŻONKA <i>11 - 11 - 1991</i> | 16. MIEJSCE URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) <i>KĘTRZYN, POLSKA</i> |
| 17. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY?) <i>POLSKIE OD URODZENIA</i> | |
| 18. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŃNIEJ PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA (OD KIEDY – DO KIEDY?) <i>NIE POSIADAŁA</i> | |
| 19. NR PESEL WSPÓŁMAŁŻONKA <i>9111123456</i> | 20. NIP WSPÓŁMAŁŻONKA <i>1234567890</i> |
| 21.1. NR DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA <i>ABC 123456</i> | 21.2. DATA WAŻNOŚCI DOWODU OSOBISTEGO WSPÓŁMAŁŻONKA <i>11. 11. 2020</i> |
| 21.3. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ DOWÓD OSOBISTY WSPÓŁMAŁŻONKA <i>WÓJT GMINY KĘTRZYN</i> | |
| 22.1. NR PASZPORTU WSPÓŁMAŁŻONKA <i>NIE POSIADA</i> | 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 ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 22.1. – 22.3.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 23. ADRES ZAMELDOWANIA WSPÓŁMAŁŻONKA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) <i>KRÓTKA, 1, 1, M-400 KĘTRZYN, POLSKA, 11-11-11</i> | |
| 24. ADRES ZAMIESZKANIA WSPÓŁMAŁŻONKA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) <i>SKAJNA 5, M-400 KĘTRZYN, POLSKA, 11-11-11</i> | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 25.1. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA <i>BANK KRAJOWY</i> | |
| 25.2. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) <i>POCITOWA, 8, M-500 GIŻYCKO, POLSKA, 11-11-11</i> | |
| 25.3. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓŁMAŁŻONKA <i>KASJER</i> | |
| 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 <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

B. PARTNER ŻYCIOWY (PARTNERKA ŻYCIOWA) OSOBY SPRAWDZANEJ

NALEŻY WPISAC DANE OSOBY, KTÓRA POZOSTAJE W FAKTYCZNYM I TRWAŁYM – NIEBĘDĄCYM MAŁŻEŃSTWEM – ZWIĄZKU Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ

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 NIZ 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 <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| C. OJCIEC OSOBY SPRAWDZANEJ | |
| 1. NAZWISKO OJCA <i>KOWALSKI</i> | 2. PIERWSZE IMIĘ OJCA <i>ADAM</i> |
| 3. DRUGIE IMIĘ OJCA <i>JAN</i> | 4. NAZWISKO RODOWE OJCA <i>KOWALSKI</i> |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) OJCA <i>11 - 11 - 1965</i> | 6. MIEJSCE URODZENIA OJCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) <i>KĘTRZYN, POLSKA</i> |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ OJCA (OD KIEDY?) <i>POLSKIE, OD URODZENIA</i> | |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŃNIEJ PRZEZ OJCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) <i>NIE POSIADAŁ</i> | |
| 9. NR PESEL OJCA <i>65111123456</i> | |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA OJCA (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) <i>KROTKA, 1.1 11-400 KĘTRZYN, POLSKA, 11-11-11</i> | |
| 11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA <i>EMERYT</i> | |
| 12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA OJCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) <i>_____</i> | |
| 13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ OJCA <i>_____</i> | |
| D. MATKA OSOBY SPRAWDZANEJ | |
| 1. NAZWISKO MATKI <i>KOWALSKA</i> | 2. PIERWSZE IMIĘ MATKI <i>JOANNA</i> |
| 3. DRUGIE IMIĘ MATKI <i>NIE POSIADAŁA</i> | 4. NAZWISKO RODOWE MATKI <i>NOWIK</i> |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) MATKI <i>11 - 11 - 1970</i> | 6. MIEJSCE URODZENIA MATKI (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) <i>KĘTRZYN, POLSKA</i> |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY?) <i>POLSKIE, OD URODZENIA</i> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ MATKĘ (OD KIEDY – DO KIEDY?) | |
| NIE POSIADAŁA | |
| 9. NR PESEL MATKI | |
| _____ | |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA MATKI (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) | |
| NIE ŻYJE OD M. M. 2018 | |
| 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. RODZENSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ | |
| E. 1. | |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) RODZENSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 15.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 2. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)* (*niewłaściwe skreślić) | 3. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)* |
| NOWICKA | BEATA |
| 4. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)* | 5. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)* |
| JOANNA | KOWALSKA |
| 6. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)* | 7. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)* (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| M - M - 1980 | KĘTRZYN, POLSKA |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)* (OD KIEDY?) | |
| POLSKIE, OD URODZENIA | |
| 9. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)* (OD KIEDY – DO KIEDY?) | |
| NIEMIECKIE OD 15.12.2010 | |
| 10. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)* | |
| 80111123456 | |
| 11. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) | |
| WOJSKA POLSKIEGO, 22, 16, 11-500 GIZYCKO, POLSKA, 11-11-11 | |
| 12. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA SIOSTRY (BRATA)* | |
| BEZROBOTNA | |
| 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 RODZENSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt E. 2.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| E. RODZEŃSTWO OSOBY SPRAWDZANEJ | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| E. 2. | |
| 1. NAZWISKO SIOSTRY (BRATA)* (*niewłaścive skreślić) | 2. PIERWSZE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)* |
| KOWALSKI | JAKUB |
| 3. DRUGIE IMIĘ SIOSTRY (BRATA)* | 4. NAZWISKO RODOWE SIOSTRY (BRATA)* |
| NIE POSIADA | KOWALSKI |
| 5. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) SIOSTRY (BRATA)* | 6. MIEJSCE URODZENIA SIOSTRY (BRATA)* (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| M - M - 1985 | KĘTRZYN, POLSKA |
| 7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)* (OD KIEDY?) | |
| POLSKIE OD URODZENIA | |
| 8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŃNIEJ PRZEZ SIOSTRĘ (BRATA)* (OD KIEDY – DO KIEDY?) | |
| NIE POSIADAŁ | |
| 9. NR PESEL SIOSTRY (BRATA)* | |
| 85MM23456 | |
| 10. ADRES ZAMIESZKANIA SIOSTRY (BRATA)* (ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) | |
| 2 UWAGI NA BRAK KONTAKTU OD 2015R. NIE POSIADAM DANYCH | |
| 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? (PROSZE ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt E. 2.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ | |
| F. 1. | |
| 1. CZY POSIADA PANI (PAN) DZIECI MAJĄCE UKOŃCZONE 15 LAT? (PROSZE ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 15.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)* (*niewłaścive 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 WCZEŃNIEJ 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 <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| F. DZIECI OSOBY SPRAWDZANEJ | |
| F. 2. | |
| 1. NAZWISKO CÓRKI (SYNA)* (*niewłaścive 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 dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt F. 2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| G. WSPÓLMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| G. 1. | |
| 1. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – F. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2. – 20.) | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓLMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ | |
| <i>OSOBA NIESPOKREWNIONA</i> | |
| 3. NAZWISKO WSPÓLMIESZKAŃCA | 4. PIERWSZE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA |
| <i>SAWICKA</i> | <i>ANNA</i> |
| 5. DRUGIE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA | 6. NAZWISKO RODOWE WSPÓLMIESZKAŃCA |
| <i>NIE POSIADA</i> | <i>SAWICKA</i> |
| 7. IMIĘ OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA | 8. NAZWISKO OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA |
| <i>MAREK</i> | <i>SAWICKI</i> |
| 9. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA | 10. IMIĘ MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA |
| <i>SAWICKI</i> | <i>MARIA</i> |
| 11. NAZWISKO MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA | 12. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA |
| <i>SAWICKA</i> | <i>KOZŁOWSKA</i> |
| 13. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓLMIESZKAŃCA | 14. MIEJSCE URODZENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| <i>11 - 11 - 2010</i> | <i>DISZCYN, POLSKA</i> |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY?) | |
| <i>POLSKIE, OD URODZENIA</i> | |
| 16. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) | |
| <i>NIE POSIADAŁA</i> | |
| 17. NR PESEL WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| <i>01111112345</i> | |
| 18. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| <i>STUDENTKA</i> | |
| 19. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) | |
| 20. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| 21. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – G.1. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt G.2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input checked="" type="checkbox"/> |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| G. WSPÓLMIESZKAŃCY OSOBY SPRAWDZANEJ | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| G.2. | |
| 1. OKREŚLENIE POKREWIEŃSTWA LUB POWINOWACTWA WSPÓLMIESZKAŃCA Z OSOBĄ SPRAWDZANĄ | |
| 2. NAZWISKO WSPÓLMIESZKAŃCA | 3. PIERWSZE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA |
| 4. DRUGIE IMIĘ WSPÓLMIESZKAŃCA | 5. NAZWISKO RODOWE WSPÓLMIESZKAŃCA |
| 6. IMIĘ OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA | 7. NAZWISKO OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA |
| 8. NAZWISKO RODOWE OJCA WSPÓLMIESZKAŃCA | 9. IMIĘ MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA |
| 10. NAZWISKO MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA | 11. NAZWISKO RODOWE MATKI WSPÓLMIESZKAŃCA |
| 12. DATA URODZENIA (DD-MM-RRRR) WSPÓLMIESZKAŃCA - - - - | 13. MIEJSCE URODZENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (MIEJSCOWOŚĆ, PAŃSTWO) |
| 14. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY?) | |
| 15. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA (OD KIEDY – DO KIEDY?) | |
| 16. NR PESEL WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| 17. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| 18. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA WSPÓLMIESZKAŃCA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU) | |
| 19. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ WSPÓLMIESZKAŃCA | |
| 20. CZY ZAMIESZKUJE PANI (PAN) Z OSOBAMI MAJĄCYMI UKOŃCZONE 15 LAT, INNYMI NIŻ WSKAZANE W PKT A. – G.2. TEJ CZĘŚCI ANKIETY? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt G.2.) | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> </div> | |

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) DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę) | | | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> | |
| daty zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej (od - do) | nazwa miejsca zatrudnienia (firmy) | ostatnio zajmowane stanowisko | |
| 29. 03. 2007 - 15. 12. 2008 | PIEKARNIA NIJSKA W MRAGOWIE | KIEROWCA | |
| 16. 12. 2008 - 31. 03. 2009 | BEZROBOTNY | _____ | |
| 01. 04. 2009 - 01. 08. 2009 | W-MOSG | STAŻYSTA | |
| 02. 08. 2009 01. 03. 2010 | BEZROBOTNY | _____ | |
| 02. 03. 2010 - NADAL | JEDNOSTKA WOJSKOWA W GIZYCKU | KIEROWCA | |
| | | | |
| | | | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> | |
| daty dostępu do informacji niejawnych (od – do) | nazwa miejsca zatrudnienia (jednostki i komórki organizacyjnej), w którym posiadała Pani (posiadał Pan) lub posiada Pani (Pan) dostęp do informacji niejawnych | nazwa i nr dokumentu upoważniającego do dostępu do informacji niejawnych, nazwa organu, który wydał ten dokument, data wydania dokumentu | klauzula tajności, do jakiej miała Pani (miał Pan) w przeszłości lub ma Pani (Pan) obecnie dostęp |
| 10. 05. 2012 NADAL | JEDNOSTKA WOJSKOWA NR 1234 | POŚWIADCZENIE BEZPIECZEŃSTWA NR 123/2012 PEŁNOMOCNIK OCHRONY 10. 05. 2012 | POUFNE |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3.1. WYKSZTAŁCENIE | WYŻSZE | 3.2. STOPIEŃ LUB TYTUŁ NAUKOWY (STOP- NIE LUB TYTUŁY NAUKOWE) | |
| | | MAGISTER PRAWA | |
| 3.3. PROSZĘ PODAĆ NAZWY SZKÓŁ I KURSÓW ZAGRANICZNYCH, KTÓRE UKOŃCZYŁA PANI (UKOŃCZYŁ PAN) BĘDĄC OSOBĄ 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 KURSÓW ZAGRANICZNYCH, GDZIE UCZY SIĘ PANI (PAN) OBECNIE | | | |
| daty nauki (od – do) | nazwa i adres szkoły | | uzyskane dokumenty |
| 2012 - 2017 | UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI WYDZIAŁ PRAWA UL. MATEJKI 12, 10-698 OLSZTYN | | DYPLOM MAGISTRA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 4. CZY BYŁA PANI (BYŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI – BĘDĄC OSOBĄ DOROSŁĄ – LUB JEST PANI (PAN) OBECNIE CZŁONKIEM PARTII POLITYCZNYCH, STOWARZYSZEŃ, INNYCH ORGANIZACJI SPOŁECZNYCH ALBO WŁADZ FUNDACJI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę) | | | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | | |
| daty członkostwa (od – do) | nazwa i adres organizacji | | pełniona funkcja |
| 20.02.2010 - 15.10.2012 | STOWARZYSZENIE „SIRZAG” UL. WOLNA 1, M-1400 KĘTRZYN | | CZŁONEK |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. PROSZĘ PODAĆ ADRESY, POD KTÓRYMI ZAMIESZKIWAŁA PANI (ZAMIESZKIWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 ROKU ŻYCIA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 30 DNI | |
| daty zamieszkania (od – do) | Adres |
| 11.11.2008 - 01.05.2014 | UL. SPOKOJNA 5/2 , 11-600 KĘTRZYŃ |
| 02.05.2014 - NADAL | UL. JEZIORNA 1 , 11-500 GIŻYCKO |
| | |
| | |
| | |
| | |
| CZĘŚĆ IV: DANE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA | |
| 1. CZY W LATACH 1944 – 1990 BYŁA PANI (BYŁ PAN) PRACOWNIKIEM LUB TAJNYM WSPÓŁPRACOWNIKIEM ORGANÓW BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 18 PAŹDZIERNIKA 2006 R. O UJAWNIANIU INFORMACJI O DOKUMENTACH ORGANÓW BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA Z LAT 1944 – 1990 ORAZ TREŚCI TYCH DOKUMENTÓW (DZ. U. Z 2023 R. POZ. 342, 497, 1195 I 1872)? (UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA TO PYTANIE – PRZEZ ANALOGIĘ DO ART. 9 CYT. USTAWY – JEST Z MOCY PRAWA ZWOLNIONE Z ZACIĄGNIĘTYCH WCZEŚNIEJ ZOBOWIĄZAŃ DO ZACHOWANIA TAJEMNICY) (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY WYDAŁ ORZECZENIE | |
| | |
| 2.2. DATA ORZECZENIA (DD-MM-RRRR) | 2.3. OKREŚLENIE PRZESTĘPSTWA, ZA POPEŁNIENIE KTÓREGO 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 3. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA O UKARANIE ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 3.1. – 3.4.) | | | |
| TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3.1. NAZWA ORGANU, KTÓRY PROWADZI SPRAWĘ | | | |
| 3.2. NR SPRAWY | | 3.3. OKREŚLENIE, W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM POPEŁNIENIA JAKIEGO PRZESTĘPSTWA 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 ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTWA LUB PRZESTĘPSTWA SKARBOWEGO? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1 – 3.3.) | | | |
| TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> | |
| 3.5. CZY AKTUALNIE TOCZĄ SIĘ WOBEC PANI (PANA) POSTĘPOWANIA DYSCIPLINARNE W ZWIĄZKU Z NARUSZENIEM PRZEPISÓW O OCHRONIE INFORMACJI NIEJAWNYCH? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) | | | |
| TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. CZY KIEDYKOLWIEK STWIERDZIŁA PANI (STWIERDZIŁ PAN) FAKT ZAINTERESOWANIA SWOJĄ OSOBĄ ZE STRONY ZAGRANICZNYCH SŁUŻB SPECJALNYCH LUB INNYCH OBCYCH INSTYTUCJI APARATU ŚCIGANIA (POLICJA, STRAŻ GRANICZNA) BĄDŹ GRUP ZORGANIZOWANEJ PRZESTĘPCZOŚCI (POLSKICH LUB ZAGRANICZNYCH)? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH SWOIM WSPÓŁMAŁŻONKIEM LUB PARTNEREM (PARTNERKA), INNYMI OSOBAMI POZOSTAJĄCYMI WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYMI CZŁONKAMI RODZINY? JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE. (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) | | | |
| TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. CZY KIEDYKOLWIEK PODCZAS POBYTU ZA GRANICĄ BYŁA PANI WYPYTYWANA (BYŁ PAN WYPYTYWANY) LUB W INNY SPOSÓB INDAGOWANA (INDAGOWANY) PRZEZ OBCE WŁADZE (IMIGRACYJNE, SKARBOWE, INNE) NA TEMATY ZWIĄZANE Z ZAGADNIENIAMI BEZPIECZEŃSTWA LUB OBRONNOŚCI PAŃSTWA? CZY WIADOMO PANI (PANU) COŚ O ANALOGICZNYCH ZAINTERESOWANIACH WOBEC SWOJEGO WSPÓŁMAŁŻONKA, PARTNERA (PARTNERKI) LUB INNYCH OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM BĄDŹ INNYCH CZŁONKÓW RODZINY? JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE POLE. PROSZĘ NIE PODAWAĆ ŻADNYCH DAJSZYCH SZCZEGÓŁÓW. ZOSTANĄ ONE Z PANIĄ (PANEM) OMÓWIONE PRZEZ PRZEDSTAWICIELA ABW ALBO SKW, PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE SPRAWDZAJĄCE. (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU) | | | |
| TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) PRZEBYWALIŚCIE ZA GRANICĄ DŁUŻEJ NIŻ 30 DNI PO UKOŃCZENIU 18 LAT? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić tabelę) | | | |
| TAK <input checked="" type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> | |
| imię i nazwisko | daty pobytu (od – do) | miejsce (kraj, miejscowość) i adres pobytu | powód pobytu |
| ANNA KOWALSKA | 15.12.2015 – 15.06.2016 | HOLANDIA, 4229 BREDA, UL. HAUSA 6 | PRACA SEZONOWA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

7. CZY PANI (PAN) LUB PANI (PANA) WSPÓŁMAŁŻONEK ALBO PARTNER (PARTNERKA) UTRZYMUJECIE LUB UTRZYMYWALIŚCIE W 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 nazwisko obywatela innego państwa, z którym utrzymywano kontakt | kraj pochodzenia obywatela innego państwa, z którym utrzymywano kontakt | daty utrzymywania kontaktu (od – do) | powód i charakter kontaktu |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| JAN KOWALSKI | Johan KERN | NIEMCY | OD 15.12 2015 NADAL | SŁUŻBOWY WYNIKAJĄCY Z ZAJĘCIA ANEKSU STANOWISKA |
| ANNA KOWALSKA | Carl HOFM | HOLANDIA | OD URODZENIA NADAL | RODZINNY, TELEFONICZNY, OKAZJONALNY, DWA RAZY W ROKU |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

CZĘŚĆ V: DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

1. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁA PANI PODDANA (BYŁ PAN PODDANY) BADANIU, PO KTÓRYM OKREŚLONO PANI (PANU) KATEGORIĘ ZDROWIA (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 CHOROBA 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 CHOROBA WSKAZANĄ W PKT 2. – 2.2.
(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA 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 INNE NIŻ 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 PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI 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 (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2. LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (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 (CHOROBA) WSKAZANĄ W PKT 3. – 3.2.
(LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z CHOROBA 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 PSYCHICZNE DOLEGLIWOŚCI LUB CHOROBY POWODUJĄCE ISTOTNE ZAKŁÓCENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH, NIEWSKAZANE WCZEŚNIEJ W PKT 3. – 3.5.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 3.1. – 3.5.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 4.1. NAZWA ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ | 4.2. ILE RAZY I W JAKIEJ DAWCE? | 4.3. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) |
| 4.4. CZY W ZWIĄZKU Z ZAŻYWIANIEM 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 LUB TERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.5. – 4.7.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 4.5. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWIANIEM ŚRODKA ODURZAJĄCEGO LUB SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU Z ZAŻYWIANIEM 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 SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWEJ, NIEWSKAZANYCH WCZEŚNIEJ W PKT 4. – 4.6.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 4.1. – 4.6.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 5. CZY SPOŻYWA PANI(PAN) ALBO SPOŻYWAŁA PANI (SPOŻYWAŁ PAN) PO UKOŃCZENIU 18 LAT ALKOHOŁ W IŁOŚCIACH POWODUJĄCYCH UTRATĘ ŚWIADOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 5.1. - 5.2.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 5.1. JAK CZĘSTO? | 5.2. W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH? | |
| 6. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT SPOŻYWANIE ALKOHOŁU 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 6.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY | 6.2. KIEDY? | |
| 7. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOŁU LECZY SIĘ PANI (PAN) ALBO LECZYŁA SIĘ PANI (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 7.1. – 7.3.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |
| 7.1. W JAKIM OKRESIE? (OD – DO) | | |
| 7.2. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOŁU (LUB DANE LEKARZA, KTÓRY OPIEKOWAŁ SIĘ PANIĄ (PANEM) W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOŁU) | | |
| 7.3. CZY W ZWIĄZKU ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOŁU, 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 LUB TERAPIĘ? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.2.) | | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| CZĘŚĆ VI: DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI MAJĄTKOWO-FINANSOWEJ | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.1. – 18.3. | |
| 1.1. WYSOKOŚĆ WYPŁACANEGO PANI (PANU) MIESIĘCZNEGO WYNAGRODZENIA W MIEJSCU PRACY WSKAZANYM W CZ. I PKT 18.4. | |
| 2. CZY POZA DOCHODAMI WSKAZANYMI W PKT 1 i 1.1. UZYSKUJE PANI (PAN) INNE DOCHODY LUB ZYSKI (<i>np. dochody otrzymywane bez świadczenia pracy, emerytury, renty, zasiłki, renty zagraniczne, dywidendy od posiadanych papierów wartościowych, odsetki od lokat bankowych – jeżeli miesięczny zysk przekracza 100 złotych (PLN), zyski z obrotu akcjami na giełdzie, zyski z udziałów w funduszach 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</i>) (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 2.1. – 2.2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 2.1. RODZAJ DOCHODU LUB ZYSKU | 2.2. WYSOKOŚĆ WYPŁACANYCH PANI(PANU) DOCHODÓW LUB 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 ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 2.1. – 2.2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 3. WYSOKOŚĆ ROCZNYCH WYPŁACONYCH PANI (PANU) WYNAGRODZEŃ, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW ZA ROK POPRZEDZAJĄCY WYPEŁNIENIE NINIEJSZEJ ANKIETY | |
| 4. CZY Z RACJI ZAJMOWANEGO OBECNIE LUB W PRZESZŁOŚCI STANOWISKA BYŁA PANI (BYŁ PAN) ZOBOWIĄZANA(ZOBOWIĄZANY) SKŁADAĆ OŚWIADCZENIA O STANIE MAJĄTKOWYM? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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. WYNAGRODZEN, INNYCH DOCHODÓW LUB ZYSKÓW 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 POSIADACIE NIERUCHOMOŚCI? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.1. – 6.11.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI | 6.2. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA NIERUCHOMOŚCI |
| 6.3. NAZWA NIERUCHOMOŚCI | |
| 6.4. ADRES NIERUCHOMOŚCI | |
| 6.5. NAZWA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE NIERUCHOMOŚCI | |
| 6.6. % WŁASNOŚCI NIERUCHOMOŚCI | 6.7. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI |
| 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 POSIADACIE INNE (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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 6.12. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. | 6.13. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) 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 NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 6.11. | 6.18. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA NIERUCHOMOŚCI WSKAZANEJ 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 – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 6.1. – 6.10.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 7. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE FIRMĘ (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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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 LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY) | |
| 7.4. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW) | 7.5. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |
| 7.6. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) | 7.7. DATA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |
| 7.8. CENA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) | 7.9. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) |
| 7.10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE, POZA WSKAZANYMI W PKT 7.1. – 7.9., FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJE (UDZIAŁY) W SPÓŁCE (FIRMIE, PRZEDSIĘBIORSTWIE)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.11. – 7.20.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 7.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.10. | 7.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA (WSPÓŁWŁAŚCICIELA) FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.10. |
| 7.13. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA), KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.11. – 7.12. JEST WŁAŚCICIELEM LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY) | |
| 7.14. % WŁASNOŚCI FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB LICZBA AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. | 7.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (UDZIAŁÓW) WSKAZANYCH W PKT 7.13. |
| 7.16. SPOSÓB NABYCIA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) LUB AKCJI (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) LUB AKCJI (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 DOMOWE POSIADACIE 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 zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 7.1. – 7.9.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 8. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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 POSIADACIE INNE NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.9., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA WARTOŚĆ PRZEKRACZA 20 000 ZŁ (PLN)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 8.11. – 8.19.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 8.11. IMIĘ WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. | 8.12. NAZWISKO WŁAŚCICIELA/WSPÓŁWŁAŚCICIELA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |
| 8.13. NAZWA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. | |
| 8.14. % WŁASNOŚCI RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. | 8.15. ŹRÓDŁO SFINANSOWANIA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |
| 8.16. SPOSÓB NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. | 8.17. DATA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |
| 8.18. CENA NABYCIA RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. | 8.19. OBECNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ RUCHOMOŚCI WSKAZANEJ W PKT 8.10. |
| 8.20. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE INNE NIŻ WSKAZANE W PKT 8. – 8.19., RUCHOMOŚCI, KTÓRYCH JEDNOSTKOWY KOSZT NABYCIA LUB JEDNOSTKOWA 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 9.1. STATUS | |
| JEDYNY WŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> WSPÓŁWŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> | |
| 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 WSKAZANE W PKT 9. – 9.4.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 9.6. – 9.10.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 9.6. STATUS – ODNOŚNIE DO RACHUNKU Z PKT 9.5. | |
| JEDYNY WŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> WSPÓŁWŁAŚCICIEL <input type="checkbox"/> | |
| 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. | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div> | |
| 9.10. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓLPOSIADACZEM RACHUNKU ALBO RACHUNKÓW BANKOWYCH INNYCH NIŻ WSKAZANE W PKT 9. – 9.9.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 9.1. – 9.4.) | |
| TAK | <input type="checkbox"/> |
| NIE | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE JESTEŚCIE ZADŁUŻENI LUB POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE (<i>np. kredyty, zaległości podatkowe, alimenty, spłaty hipoteki lub zastawu, należności wynikające z orzeczeń sądowych</i>)? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 10.1. – 10.14.) | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> </div> | |
| 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) | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> </div> | |
| 10.13. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK 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.) | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> </div> | |
| 10.14. IMIĘ OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE W PKT 10.13. | 10.15. NAZWISKO OSOBY POSIADAJĄCEJ ZOBOWIĄZANIE WSKAZANE 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 ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. | 10.20. KWOTA POZOSTAŁA DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 10.21. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ RATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. | 10.22. LICZBA RAT POZOSTAŁYCH DO SPŁATY ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. |
| 10.23. DATA POWSTANIA ZOBOWIĄZANIA WSKAZANEGO W PKT 10.13. | 10.24. DATA PRZEWIDYWANEJ CAŁKOWITEJ SPŁATY ZOBOWIĄZANIA 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 10.26. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE, NIEWSKAZANE W PKT 10. – 10.25.? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę załączyć do ankiety dodatkowy arkusz wypełniony według schematu z pkt 10.1. – 10.12.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 11. CZY PO UKOŃCZENIU 18 LAT UCZESTNICTWO W GRACH HAZARDOWYCH 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 11.1. – 11.2.) | |
| TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | |
| 11.1. PROSZĘ WSKAZAĆ, JAKIE PROBLEMY | 11.2. KIEDY? |

| CZEŚĆ 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 dla ochrony informacji niejawnych będzie mogło stanowić podstawę odmowy wydania mi poświadczenia bezpieczeństwa.

Oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie wobec mnie postępowania sprawdzającego według przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 632).

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY <i>KETRZYN, 21.05.2024r.</i> | PODPIS OSOBY SPRAWDZANEJ <i>Jan Kowalski</i> |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ANKIETY BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

CZĘŚĆ II : DANE OSOBOWE CZŁONKÓW RODZINY

E. 3.

1. NAZWISKO BRATA
KOWALSKI
2. PIERWSZE IMIĘ BRATA
MATEUSZ
3. DRUGIE IMIĘ BRATA
NIE POSIADA
4. NAZWISKO RODOWE BRATA
KOWALSKI
5. DATA URODZENIA BRATA
11.11.2003
6. MIEJSCE URODZENIA BRATA
GODAP, POLSKA
7. OBYWATELSTWA POSIADANE PRZEZ BRATA
POLSKIE OD URODZENIA
8. OBYWATELSTWA POSIADANE WCZEŚNIEJ PRZEZ BRATA
NIE POSIADA
9. PESEL BRATA
03111123456
10. ADRES ZAMIESZKANIA BRATA
CICHĄ 2, 3, 11-400 KĘTRZYN, POLSKA, 11-111-111
11. NAZWA MIEJSCA ZATRUDNIENIA BRATA
UCIEŃ
12. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA BRATA
13. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ BRATA
14. CZY POSIADA PAN JINNE RODZENSTWO MAJĄCE UKOŃCZONE
15 LAT ?
NIE

Jan Kowalski

Kętrzyn, 21.05.2024r.