

**ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO**

<b>CZĘŚĆ III: DANE DOTYCZĄCE HISTORII ŻYCIA ZAWODOWEGO I OSOBISTEGO</b>			
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 type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>	
daty zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej (od - do)	nazwa miejsca zatrudnienia (firmy)	ostatnio zajmowane stanowisko	
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 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

**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) BĘDĄC OSOBA 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	
4. CZY BYŁA PANI (BYŁ PAN) W PRZESZŁOŚCI – BĘDĄC OSOBA 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 type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>			
daty członkostwa (od – do)		nazwa i adres organizacji		pełniona funkcja	



**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 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 DYSCYPLINARNE W ZWIĄZKU Z NARUSZENIEM PRZEPISÓW O OCHRONIE INFORMACJI NIEJAWNYCH? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU)			
TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input 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 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 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 type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>	
imię i nazwisko	daty pobytu (od – do)	miejsce (kraj, miejscowość) i adres pobytu	powód pobytu



## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

<b>CZĘŚĆ V: DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA</b>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
2.4. NAZWA PLACÓWKI, GDZIE LECZONO PANIĄ (PANA) W ZWIĄZKU Z 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
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, NIEWYSKAZANE 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? <small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 4.1. – 4.7.)</small>		
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, NIEWYSKAZANYCH 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 ILOŚCIACH POWODUJĄCYCH UTRATĘ ŚWIADOMOŚCI? <small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 5.1. - 5.2.)</small>		
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? <small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 6.1. – 6.2.)</small>		
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? <small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE WYBORU – w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” proszę wypełnić pkt 7.1. – 7.3.)</small>		
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.)		

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

TAK NIE **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 (*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*) (PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE 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) 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 NIE 

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 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 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 NIE



**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)
7.3. NAZWA FIRMY (PRZEDSIĘBIORSTWA) , KTÓREJ OSOBA WSKAZANA W PKT 7.1. – 7.2. JEST WŁAŚCIELEM LUB POSIADA AKCJE (UDZIAŁY)	

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

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 WŁAŚCIELEM 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
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)?	

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

(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.	
9.9. NUMER RACHUNKU Z PKT 9.5.	
9.10. CZY POSIADA PANI (PAN) LUB JEST WSPÓŁPOSIADACZEM 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.)	

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

TAK NIE 

10. CZY PANI (PAN) LUB OSOBY PROWADZĄCE Z PANIĄ (PANEM) WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE JESTEŚCIE ZADŁUŻENI LUB POSIADACIE JAKIEKOLWIEK INNE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE (np. kredyty, zaległości podatkowe, alimenty, spłaty hipoteki 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 PRZEWDYWANEJ 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 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.)

TAK NIE 

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.

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 PRZEWDYWANEJ 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)

## ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO

TAK NIE 

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 NIE 

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 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

7. ADRES MIEJSCA ZATRUDNIENIA (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, KRAJ, NR TELEFONU)

8. ZAJMOWANE STANOWISKO

**ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA OSOBOWEGO**

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. Nr 182, poz. 1228).

MIEJSCOWOŚĆ I DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY	PODPIS OSOBY SPRAWDZANEJ
----------------------------------------	--------------------------