

**ANKIETA PERSONALNA**

1. Nr ewidencyjny PESEL	2. Nazwisko	3. Imiona
4. Data i miejsce urodzenia	5. Płeć	6. Imiona rodziców
5. Seria i nr dowodu osobistego	6. Wydany przez :	
7. Stan cywilny	8. Wykształcenie	9. Zawód
10. <b>Miejsce stałego zameldowania</b> (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy miejscowość, gmina, województwo ) .....		
11. <b>Telefon kontaktowy / email :</b>		
12. <b>Miejsce stałego pobytu</b> (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy miejscowość, gmina, województwo ) .....		
13. <b>Telefon kontaktowy :</b>		
14. <b>Miejsce pracy (służby)</b> , stopień wojskowy, stanowisko, nr tel. służbowego .....		
15. <b>Dane personalne członków rodziny:</b>		
a) Małżonek .....		
Data i miejsce urodzenia .....		
Miejsce pracy ( nauki ) .....		
b) Dziecko .....		
Data i miejsce urodzenia .....		
Miejsce pracy ( nauki ) .....		
c) Dziecko .....		
Data i miejsce urodzenia .....		
Miejsce pracy ( nauki ) .....		
d) Dziecko .....		
Data i miejsce urodzenia .....		
Miejsce pracy ( nauki ) .....		

**16. Udział w misjach wojskowych ( rodzaj misji, nr kontyngentu, okres pełnienia służby, stanowisko)**

- 1) Rodzaj misji / nr kontyngentu .....  
Okres pełnienia służby .....  
Stanowisko służbowe .....
- 2) Rodzaj misji / nr kontyngentu .....  
Okres pełnienia służby .....  
Stanowisko służbowe .....
- 3) Rodzaj misji / nr kontyngentu .....  
Okres pełnienia służby .....  
Stanowisko służbowe .....
- 4) Rodzaj misji / nr kontyngentu .....  
Okres pełnienia służby .....  
Stanowisko służbowe .....

**17. Dane dotyczące wypadku w trakcie pełnienia służby poza granicami kraju:**

- 1) Miejsce wypadku.....  
Data wypadku .....  
Okoliczności wypadku .....  
Doznane obrażenia.....  
.....
- 2) Miejsce wypadku.....  
Data wypadku .....  
Okoliczności wypadku .....  
Doznane obrażenia.....  
.....
- 3) Miejsce wypadku.....  
Data wypadku .....  
Okoliczności wypadku .....  
Doznane obrażenia.....  
.....
- 4) Miejsce wypadku.....  
Data wypadku .....  
Okoliczności wypadku .....  
Doznane obrażenia.....  
.....

**18. Rodzaj grupy inwalidzkiej /trwały uszczerbek na zdrowiu:**

- 1) .....  
Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL .....
- 2) .....  
Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL .....
- 3) .....  
Data ważności orzeczenia wydanego przez WKL .....

19. **Miejsce leczenia**( dot. osób będących w trakcie leczenia), klinika – oddział :

.....

20. **Wyróżnienia** otrzymane za pełnienie służby poza granicami kraju (medale, odznaki itp.)

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

21. **Karalność** (czy karany, za co, kiedy, na jaką karę, przez jaki sąd )

.....

..... data .....

( miejscowość )

Potwierdzam wiarygodność podanych danych

.....

( czytelny podpis – imię i nazwisko )