**ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBOWYCH**

**PRACOWNIKA**

 **Nazwisko i imię pracownika ………………………………………………………**

 **Jednostka organizacyjna………………………………………………………………..**

1. **Zmiana danych identyfikacyjnych**

Nowe nazwisko i imię :

……………………………………………………………………………………….

Data zmiany…………………………………………………………………………

Numer PESEL Numer NIP

…………………………………… ……………………………………

1. **Zmiana dowodu osobistego**  (wypełnić w przypadku zmiany dowodu)

Nowy numer dowodu:

…………………………………………………………………………………...

Data wydania: Wydany przez:

……………………………… ………………………………………………

1. **Zmiana obywatelstwa:**

Nowe obywatelstwo:

……………………………………………………………………………………….

1. **Zmiana Regionalnego Oddziału NFZ:**

Nazwa Oddziału NFZ ………………………………………………………………

1. **Zmiany w zakresie ustalenia lub zmiany stopnia niepełnosprawności:**
2. Dotychczasowy stopień niepełnosprawności:

……………………………………………………………………………………….

Okres na jaki ustalono w/w stopień niepełnosprawności

……………………………………………………………………………………….

1. Aktualnie ustalony stopień niepełnosprawności

 ……………………………………………………………………………………….

 Okres na jaki ustalono nowy stopień niepełnosprawności

 ………………………………………………………………………………………

1. **Zmiany w zakresie nabycia prawa do emerytury lub renty:**

 Posiadam ustalone prawo:

 do emerytury od dnia ………………………………………………………

 do renty na okres od dnia …………………… do dnia …………………….

1. **Zmiany dotyczące adresu:**
2. **Nowy adres zameldowania :**

Kod pocztowy Miejscowość Gmina

………………… …………………………… ………………………...

Ulica Nr domu Nr lokalu

………………… …………………………… ………………………...

1. **Nowy adres zamieszkania:**

Kod pocztowy Miejscowość Gmina

………………… …………………………… ………………………

 Ulica Nr domu Nr lokalu

 ………………… …………………………… ………………………...

1. **Nowy adres do korespondencji**:

Kod pocztowy Miejscowość Gmina

………………… …………………………… ………………………...

Ulica Nr domu Nr lokalu

………………… …………………………… ………………………...

**…………………………….. ………………………………...**

 **(data) ( podpis)**