

Passport Photo
Zdjęcie w formacie paszportowym



INDUSTRIAL APPLICATION FORM / PODANIE / KWESTIONARIUSZ

Name:
Imie i Nazwisko Kandydata:

Applicant No:
Numer Kandydata:

Date (If applicable):
Data (Jesli wymagana):

Personal Details (Please complete in block capitals) Dane osobowe (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Surname (Mr/Mrs/Miss/Ms) _____
Nazwisko

Forenames _____
Imię

Permanent address _____
Adres zamieszkania na stale:

Postcode _____
Kod pocztowy

Telephone (home): _____ (mobile): _____
Telefon (domowy) komórkowy

Sex: _____ Date of Birth: _____
Płeć: Data urodzenia:

Alternative/Next of Kin: _____
Dane Krewnego, z którym należy się kontaktować:

Contact Name: _____ Relationship: _____
Imię i nazwisko Pokrewieństwo:

Contact Address: _____
Adres kontaktowy:

Contact No: _____

Numer kontaktowy:

National Insurance Number:

Numer ubezpieczenia:

Do you hold a full current UK driving licence?

YES/NO

Czy posiadasz ważne brytyjskie prawo jazdy?

TAK/NIE

Give details of any endorsements: _____

Proszę podać szczegóły o otrzymanych punktach karnych za wykroczenia drogowe.

Do you have regular use of a car motorcycle bicycle

Czy posiadasz samochód, motocykl, rower, którego regularnie używasz?

Do you have any convictions, other than those spent?

YES NO

Czy jesteś w trakcie postępowania karnego, sądowego?:

TAK/NIE

(if 'YES') please give details:

Jeśli tak, proszę podaj szczegóły:

Are you a Student? YES NO P38 Completed:

YES/NO

Czy jesteś studentem?

TAK/NIE

Wypełnione P38

TAK/NIE

Nationality (this information is required by The Employment Agencies Act):

Narodowość (te informacje są wymagane przez 'The Employment Agencies Act')

To be completed by non-British and Non—EC nationals only

Do wypełnienia przez osoby nie posiadające obywatelstwa brytyjskiego i nie będące obywatelami jednego z krajów Unii Europejskiej.

Date of entry into the UK

Data przyjazdu do UK:

Do you require a work permit?

YES/NO

Czy potrzebujesz pozwolenia na pracę?

TAK/NIE

If yes, what type and expiry date:

Jeśli tak to, jakiego rodzaju i jak długo obowiązuje:

Banking Details

Dane dotyczące konta bankowego:

Bank/Building Society: _____ Account No: _____

Nazwa Banku:

Numer konta:

Sort Code: _____ Building Society Reference No: _____

Numer identyfikacyjny banku tzw. 'sort code': _____ Numer referencyjny Oszczędnościowej Kasy Mieszkaniowej

Name of Account Holder:

Imię i Nazwisko posiadacza konta/rachunku

Is this your personal account ?
Czy jest to twoje osobiste konto?

YES NO
TAK/NIE

Pay Type: PAYE Composite Company Ltd Company

Signature: _____ Date: _____
Podpis: _____ Data: _____

Work Requirements

Please indicate days and hours that would suit you better: (Please tick)
Proszę zaznaczyć dni oraz godziny pracy, które odpowiadają Ci najbardziej

Other information relevant to your application: _____
Inne istotne informacje, które chcesz zamieścić w kwestionariuszu:

Sun
Niedziela

Sat
Sobota

Fri
Piątek

Thurs
Czwartek

Tues
Wtorek

Mon
Poniedziałek

WED
Środa

ROTATING SHIFTS
Zmiany rotacyjne

NIGHTS
Noce

EVENINGS
Wieczory

DAYS

Dni

Qualifications & Experience

Kwalifikacje & Doświadczenie zawodowe

Professional Qualifications

Kwalifikacje zawodowe

Further/Secondary Education

Wykształcenie ponadpodstawowe

Name of Professional Body

Nazwa Szkoły/Uczelni

Membership Grade

Uzyskane oceny/tytuły, ukończone kierunki

Was Membership gained by examination

Czy umiejętności ucznia/członka zostały potwierdzone egzaminem?

Date

Data

Name of School/College

Nazwa Szkoły

Subject

Profil/Przedmiot

Qualification (GCE, CSE, GCSE etc.)

Kwalifikacje, zdane egzaminy

Date

Data

Grade

Uzyskane oceny

Employment History

Historia pracy

Previous Employer

Poprzedni pracodawca

Recent Assignments

Ostatnio wykonywane obowiązki, przydział pracy

Name of Previous Employers

Dane ostatniego pracodawcy

Position Held

Zajmowana stanowisko

To
Do

Reason For Leaving
Przyczyny odejścia

From
Od

Salary/Rate of Pay
Place/Stawka

Agency
Agencja

Client
Klient

Pay Rate
Stawka

Job Type
Rodzaj pracy

Contact
Kontakt

Referees
Osoby udzielające referencji

Please give name of present employer and next most recent employer. College/School leavers should give the name of lecturers/teachers as appropriate.
Proszę podać dane obecnego i poprzedniego pracodawcy. Osoby kończące edukację powinny podać odpowiednio dane wykładowców, nauczycieli.

If this is not possible, please give names of persons best able to write a reference in support of your application.

Jeżeli nie jest to możliwe, proszę podać imiona osób, które będą w stanie wystawić referencje
You should not give friends/relatives as referees.

Nie podawaj danych przyjaciół ani rodziny.

Referee 1/ Osoba 1 Referee 2 /Osoba 2

Company: _____
Firma:

Name: _____
Imię i Nazwisko:

Position: _____
Stanowisko:

Address: _____
Adres: _____

Postcode: _____
Kod pocztowy: _____

Tel No: _____
Numer telefonu: _____

Dates of Employment: _____
Daty Zatrudnienia: _____

Company: _____
Firma: _____

Name: _____
Imię i Nazwisko: _____

Position: _____
Stanowisko: _____

Address: _____
Adres: _____

Postcode: _____
Kod pocztowy: _____

Tel no: _____
Numer telefonu: _____

Dates of Employment: _____
Daty zatrudnienia: _____

48 Hour Waiver Zrzeczenie się 48 godzinnego systemu pracy

The Working Time regulations 1998 ('the regulations') require the Company to limit your average weekly working time to 48 hours unless you agree with the company that the limit shall not apply to you.

Przepisy dotyczące regulacji czasu pracy z 1998 zobowiązują firmę do ograniczenia czasu pracy do 48 godzin w tygodniu z wyjątkiem, kiedy Pracownik wyrazi pisemną zgodę na prace powyżej 48 godzin w tygodniu.

The Company wishes to have an agreement with you. It proposes an agreement (which shall apply until terminated by notice) on the basis that:

W związku z tym firma chce podpisać umowę z Tobą. Umowa ta proponuje zgodę (umowa ta wygasa po przedłożeniu pisemnego wypowiedzenia warunków umowy) na warunkach:

1. the 48 hour limit on average weekly working time will not apply to you;

Limit ograniczający czas pracy do 48 godzin tygodniowo nie ma zastosowania w stosunku do pracownika.

2. you may terminate the agreement (so that the 48 hour time limit would apply to you) by giving the person at the Company to whom you usually report 3 month's written notice
Możesz zakończyć tę umowę (48 godzinny tydzień pracy ponownie będzie miał zastosowanie) poprzez przedłożenie 3 miesięcznego wypowiedzenia odpowiedniej osobie w Firmie.

Under the Regulations, the Company must keep records relating to your working time. This is the case whether or not you reach an agreement with the Company about waiving working time limits.
W świetle obowiązujących regulacji prawnych, firma musi przechowywać wszelkie protokoły związane z czasem pracy, bez względu na to, czy podpisałeś umowę o regulacji czasu pracy czy nie.

If you accept the Company's proposal, please sign below. This document will then be a record of agreement between you and the Company.

Jeżeli akceptujesz powyższe warunki pracy, proszę złożyć podpis. Dokumentacja ta jest formą umowy pomiędzy Tobą a firmą i będzie częścią umowy o pracę.

Signed _____ Date: _____
Podpis _____ Data _____

Print Name/ _____
Wpisz swoje imię i nazwisko drukowanymi literami:

Health Questionnaire Kwestionariusz o Stanie Zdrowia

The information in this section will remain confidential and will not be divulged to any other person(s).
Informacje zawarte w tej części kwestionariusza są poufne

PLEASE READ THE ENTIRE DECLARATION FIRST AND THEN ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS

CAREFULLY (circle correct answer)

Proszę przeczytać deklarację uważnie i odpowiedzieć na poniższe pytania (zakreśl odpowiednio)

- | | |
|---|---------|
| 1. a. Any skin condition affecting your hands, arms or face? | YES/NO |
| 1. a. Czy cierpisz na choroby skórne rąk, twarzy? | TAK/NIE |
| b. Pain in arms, shoulder or neck? | YES/NO |
| b. Bole ramion lub szyi? | TAK/NIE |
| c. Repeated whitlows or infections around the fingernails or warts? | YES/NO |
| c. Nawracające zastrzały lub infekcje wokół paznokci lub brodawki | TAK/NIE |
| d. Back-ache or injury to your back? YES/NO | |
| d. Bóle pleców? | TAK/NIE |

- e. Have you been involved in a serious accident? YES/NO
e. Czy byłeś uczestnikiem jakiegoś poważnego wypadku? TAK/NIE
- f. Has this resulted in any permanent damage? YES/NO
f. Czy to zdarzenie skutkowało trwałym uszkodzeniem ciała? TAK/NIE
- g. Ear trouble, infections or discharges? YES/NO
g. Czy cierpisz na choroby uszu, infekcje uszne? TAK/NIE
- h. Problems with your teeth or gums? YES/NO
h. Czy masz problemy z zębami lub dziąsłami? TAK/NIE
- i. Problems from standing for long periods? YES/NO
i. Problemy ze staniem przez długi czas? TAK/NIE
- j. Blackouts, dizziness or epilepsy? YES/NO
j. Problemy z zasłabnięciami, omdleniami lub chorujesz na padaczkę? TAK/NIE
- k. Recurrent chest or throat infections? YES/NO
k. Nawracające infekcje gardła lub przeziębienia? TAK/NIE
- l. Hayfever? YES/NO
l. Katar sienny? TAK/NIE
- m. Dysentery, Hepatitis or Typhoid? YES/NO
m. Czerwonka, wirusowe zapalenie wątroby lub dur brzuszny? TAK/NIE
- n. Have you ever had Tuberculosis? YES/NO
n. Czy chorowałeś kiedyś na gruźlicę? TAK/NIE
- o. Do you bite your nails? YES/NO
o. Czy obgryzasz paznokcie? TAK/NIE
- p. Are you colour blind? YES/NO
p. Czy jesteś daltonistą? TAK/NIE
- q. Have you suffered from diarrhoea, vomiting or other stomach upsets lasting more than 24 hours within the last 3 months? YES/NO
q. Czy cierpiełeś na zatrucie, biegunkę, wymioty trwające dłużej niż 24 godziny w ostatnich 3 miesiącach? TAK/NIE
2. a. Is there any type of work you cannot do due to health reasons? YES/NO
2. a. Czy jest jakaś praca, której nie możesz wykonywać ze względu na stan zdrowia? TAK/NIE
- b. Are you Registered Disabled? YES/NO
b. Czy posiadasz status niepełnosprawnego? TAK/NIE
- If so, please give your registration number: _____
Jeśli tak, podaj numer legitymacji inwalidzkiej
3. Are you taking any form of medication from your doctor? YES/NO
3. Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki przepisane przez lekarza? TAK/NIE

If yes, what medication? _____

Jeśli tak, to jakie?

4. If you answered yes to any question, please indicate which question and if you suffer from the condition now? _____

4. Jeśli odpowiedziałeś twierdząco na jakieś pytanie, określ, na które i odpowiednio opisz stan twojego zdrowia.

5. You may be asked to give further information about any YES answers to the Company Occupational Health Service in medical confidence.

5. Możesz być poproszony przez dział firmy, zajmujący się Stanem Zdrowia Pracowników, o więcej informacji na temat stanu swojego zdrowia, tylko odnośnie pytan z twierdzącą odpowiedzią.

ALL APPLICANTS:

Wszyscy Kandydaci:

Weight/Waga: _____ st _____ lbs. Height/Wzrost: _____ ft _____ ins.
_____ kg _____ cm

Date of Birth:/Data urodzenia: ____/____/____

Signed/Podpis

_____ Date: _____

Declaration

Deklaracja

I declare that I have answered the questions honestly and fully. I realise that any false or incomplete statement on my part will render me liable to my registration or temporary work being withdrawn. I agree that the information given on this form may be used for registered purposes under the data protection legislation.

Deklaruję, że odpowiedziałem zgodnie z prawdą na zadane pytania. Zdaje sobie sprawę, że nieprawdziwe lub niepełne informacje z mojej strony mogą być przyczyną nie podpisania umowy o pracy tymczasowej.

Wszelkie informacje zawarte w kwestionariuszu mogą być używane w celach rejestracyjnych i będą podlegać prawu o ochronie danych osobowych.

Signed/Podpis _____ Date/Data: _____

For Office use Only CONSULTANTS INTERVIEW NOTES

Notatki Konsultanta (tylko do użytku wewnętrznego):

Registration Checklist THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BEFORE PUTTING INTO WORK

Ten kwestionariusz należy wypełnić i podpisać przed rozpoczęciem pracy.