**Wniosek o wydanie dokumentów ze *Składnicy Akt „KLE” Spółka z o.o.***

|  |  |
| --- | --- |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię i nazwisko. | Data wpływu:…..…………………………..………… |
| **nazwisko i imię** | l. dz:……………………………………………………….. |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić poprzednie nazwiska. | Data wykonania:………………………………...….. |
| **poprzednie nazwiska** |  |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę urodzenia. |  |
| **data urodzenia** |  |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię ojca. |  |
| **imię ojca** |  |
| **Adres zamieszkania:** | **Adres korespondencyjny:** |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić miejscowość. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić. |
| **miejscowość** | **Miejscowość** |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić ulicę. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić. |
| **ulica** | **ulica** |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić kod pocztowy. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić. |
| **kod pocztowy** | **kod pocztowy** |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić telefon kontaktowy. |  |
| **telefon kontaktowy** |  |

**Zwracam się z prośbą o wydanie niżej wymienionych dokumentów (właściwe zaznaczyć)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | świadectwo pracy( zaświadczenie pracy) za lata data – data |
|  | świadectwo pracy w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze za lata data – data |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakład(y) pracy ( proszę podać pełną nazwę):** | |
| 1. Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę zakładu pracy. | data – data |
| (pełna nazwa zakładu pracy) | okres zatrudnienia |
| 1. Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę zakładu pracy. | data – data |
| (pełna nazwa zakładu pracy) | okres zatrudnienia |

**Dokumenty potrzebne są do** Wybierz element.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dokumenty odbiorę osobiście |  | Proszę dokumenty wysłać pocztą |
|  | Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych, dostępną na stronie internetowej pod adresem [www.skladnicaaktkle.pl/pliki.html](http://www.skladnicaaktkle.pl/pliki.html) oraz jestem świadomy, że udostępnienie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji składanego wniosku ; | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowosć, | dnia data wypełnienia. |
| podpis wnioskodawcy | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |