…… …… , dnia ……..…….
(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej) *(miejscowość)* *(dzień-miesiąc-rok)*

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY
strażaka ratownika Ochotniczej Straży Pożarnej

1. Imię (imiona) i nazwisko ……..……..……..……,
2. Data i miejsce urodzenia……..……,
3. Numer PESEL ……Imię ojca……,
4. Adres do korespondencji …….,
5. Jednostka ochrony przeciwpożarowej ……..……....,

   powiat ……..…….., gmina ……..……...…,
6. Numer telefonu…….……..,
7. Adres e-mail ……..……..……..,

Oświadczam, że:

- **przekroczyłem / nie przekroczyłem*** 65. roku życia w przypadku mężczyzn albo 60. roku życia w przypadku kobiet;
- **ukończyłem(am) / nie ukończyłem(am)*** 18. roku życia;
- **jestem / nie jestem*** żołnierzem w czynnej służbie wojskowej;
- **mam / nie mam*** nadanego przydziału mobilizacyjnego;
- **mam / nie mam*** nadanego przydziału organizacyjno-mobilizacyjnego;
- **mam / nie mam*** nadanego pracowniczego przydziału mobilizacyjnego;
- **zostałem(am) / nie zostałem(am)*** wyłączony(a) z obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- **jestem / nie jestem*** funkcjonariuszem Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, straży ochrony kolei, oraz na mocy odrębnych przepisów **pełnię / nie pełnię*** służby w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- **zostałem(am) / nie zostałem(am)*** uznany(a) za stale lub długotrwale niezdolny(a) do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90, 1243, 1674 i 1871) lub za całkowicie niezdolny(a) do pracy oraz samodzielnej egzystencji albo całkowicie niezdolne do pracy na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674), lub zaliczony(a) do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, 858, 1089, 1165 i 1494).

…… ……..…….
(miejscowość, data) *(imię i nazwisko)*

** - niepotrzebne skreślić*