

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_1
Nazwa danej testowej	Dane bezrobotnego bez prawa do zasiłku

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W REJESTRZE BEZROBOTNYCH

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	W	64090354063
2.	Nazwisko	W	Gajewska
3.	Imię	W	Danuta
Osoba nie występuje w rejestrze bezrobotnych			

2.2. DANE REJESTRACYJNE BEZROBOTNEGO

Dane podstawowe	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
	1. Nr ewidencyjny		Kolejny numer nadany przez system po zarejestrowaniu
	2. PESEL:	W	64090354063
	3. NIP	O	--
	4. Data urodzenia	W	03.09.1964
	5. Miejsce urodzenia	O	Bytów
	6. Kraj / Narodowość	W	Polska/Polska
	7. Nazwisko:	W	Gajewska
	8. Imię	W	Danuta
	9. Drugie imię	O	-
	10. Nazwisko rodowe:	W	Kowalska
	11. Imię ojca / Imię matki	W	Henryk/Anna
	12. Liczba dzieci	O	-
	13. Stan cywilny	W	Wolna (wartość ze słownika)
	14. Płeć: Mężczyzna / Kobieta	W	kobieta
	15. Dokument tożsamości / Nr dokumentu	W	dowód osobisty/DB4698637
Obywatelstwo	16. Obywatelstwo (nazwa)	W	polskie
Adres	17. Adres zameldowania na pobyt stały	W	ul. Bydgoska 14 77-100 Bytów
	18. Telefon kontaktowy	O	-
Kwalifikacje:			
Ukończone szkoły	19. Nazwa ukończonych szkół (uczelni) / miejscowość	O	-
	20. Typ szkoły	O	-
	21. Daty ukończenia szkół	O	-

Stopnie naukowe	(uczelni):		
	22. Poziom wykształcenia:	W	podstawowe
	23. Typ wykształcenia	O	-
	24. Kierunek wykształcenia	O	-
	25. Specjalizacja zawodowa	O	-
	26. Stopień naukowy wg MEN	O	-
Zawody	27. Zawód wyuczony:	O	-
	28. Zawód wykonywany / Staż	O	-
	29. Zawód zakazany:	O	-
Specj. upraw zaw.	30. Specjalne uprawnienia zawodowe / Staż	O	-
Języki obce	31. Nazwa języka / stopień znajomości:	O	-
Umiejętności	32. Umiejętności	O	-
Rach. bankowy	33. Numer rachunku bankowego	O	-
	34. Nazwa banku	O	-
Realizacja wypłaty	35. Miejsce wypłaty	W	Kasa
	36. Forma płatności	W	Kasa
Dochody	37. Kwota miesięcznie	O	-
Dane podatkowe	38. Nazwa urzędu skarbowego / Miejscowość	W	Urząd Skarbowy w Bytowie
	39. Kwota zwolnienia	O	-
	40. Mnożnik kwoty wolnej od podatku	W	1
Niepełnosprawność	41. Orzeczenie o niepełnosprawności	W	944/2009
	42. Rodzaj niepełnosprawności	O	-
	43. Stopień niepełnosprawności	W	umiarkowany
	44. Termin orzeczenia	O	-
Rodzina	45. Imię i Nazwisko członka rodziny / stopień pokrewieństwa	O	-
Okresy zatrudnienia zaliczane	Okresy zatrudnienia: (od – do, nazwa pracodawcy, miejscowość, podstawa wykonywania pracy, wymiar, stanowisko)	O	-
	46. Zatrudnienie w latach:	O	--
	47. Nazwa ostatniego pracodawcy:	O	--
	48. Nr REGON ostatniego pracodawcy	O	--
	49. Podst. rodzaj działalności wg PKD ostatniego pracodawcy	O	--
	50. Adres ostatniego pracodawcy:	O	--
	51. Okres zatrudnienia u ostatniego pracodawcy:	O	--
	52. Ostatnio zajmowane stanowiska:	O	--

	53. Podstawa wykonywa pracy	O	--
	54. Wymiar czasu pracy	O	--
	55. Przyczyna ustania pracy (forma zwolnienia)	O	--
Dane NFZ (Narodowego Funduszu Zdrowia)	56. Nazwa oddziału NFZ	W	
	57. Kod oddziału NFZ	W	
	58. Okres od	W	
	59. Okres od	W	
	60. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego	W	NIE