

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 BAZIE

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	W	
2.	Nazwisko	W	
3.	Imię	W	
Brak osoby w bazie - nie występuje w kartotece			

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	
	3. NIP	W	
	4. Data urodzenia	W	
	5. Miejsce urodzenia	O	
	6. Kraj / Narodowość	W	
	7. Nazwisko:	W	
	8. Imię	W	
	9. Drugie imię	O	
	10. Nazwisko rodowe:	W	
	11. Imię ojca / Imię matki	W	
	12. Liczba dzieci	O	
	13. Stan cywilny	W	Wolny (wartość ze słownika)
	14. Płeć: Mężczyzna / Kobieta	W	
	15. Dokument tożsamości / Nr dokumentu	W	
Obywatelstwo	16. Obywatelstwo (nazwa)	W	
Adres	17. Adres zameldowania na pobyt stały	W	
	18. Telefon kontaktowy		
Kwalifikacje:			
Ukończone szkoły	19. Nazwa ukończonych szkół (uczelni) / miejscowość	O	
	20. Typ szkoły	O	
	21. Daty ukończenia szkół (uczelni):	O	
	22. Poziom wykształcenia:	W	
	23. Typ wykształcenia	O	

Stopnie naukowe	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	
	36. Forma płatności	W	
Dochody	37. Kwota miesięcznie	O	
Dane podatkowe	38. Nazwa urzędu skarbowego / Miejscowość	W	
	39. Kwota zwolnienia	O	
	40. Mnożnik kwoty wolnej od podatku	W	
Niepełnosprawność	41. Orzeczenie o niepełnosprawności	O	
	42. Rodzaj niepełnosprawności	O	
	43. Stopień niepełnosprawności	O	
	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	Brak okresów zatrudnienia
	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	