



Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Plzni

Husova 3, 306 05 Plzeň

IČO: 002 16 208

ŽÁDOST O NEPLACENÉ PRACOVNÍ VOLNO

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

DATUM NAROZENÍ

PRACOVNÍŠTĚ

VEDOUcí PRACOVNÍŠTĚ

NEPLACENÉ VOLNO V TERMÍNU (VČETNĚ)

 -

KALEND. DNŮ

ŘÁDNÁ DOVOLENÁ VYČERPÁNA

DŮVOD ŽÁDOSTI

Souhlasím s tím, že částka pojistného na zdravotní pojištění za období poskytnutého neplaceného volna ve výši 13,5 % vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda, bude uhrazena srážkou ze mzdy dle ustanovení § 8 odst. 3 zákona č. 550/1991 v platném znění.

V PLZNI DNE, PODPIS ZAMĚSTNANCE

VYJÁDRĚNÍ VEDOUcíHO PRACOVNÍŠTĚ

V PLZNI DNE, PODPIS VEDOUcíHO PRACOVNÍŠTĚ

V PLZNI DNE, ZA OSOBNÍ A MZDOVÉ ODD.

V PLZNI DNE, PODPIS DĚKANA