

Žádost o poskytnutí pracovního volna bez náhrady mzdy

a pan/í

(dále jen zaměstnanec)

bytem:

UČO:

Číslo a název pracoviště:

Žádám o poskytnutí pracovního volna bez náhrady mzdy

v období do

Zdravotní pojištění ZP za období pracovního bez náhrady mzdy se bude hradit následovně:

zaměstnanec uhradí ZP v plné výši 13,5%*

pojištěnec v zemi EU*

zaměstnanec je povinen doložit kopii odhlášení ze zdravotního pojištění v ČR. Ukončení je podmíněno dokladem, potvrzujícím platné pojištění v zemi EU. V případě jeho nepředložení, bude zdravotní pojištění v ČR obnoveno dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, včetně všech práv a povinností ze zákona plynoucích.

zaměstnanec nemá povinnost platit ZP, protože je osoba bez minimálního vyměřovacího základu (pečuje o jedno dítě do 7 let věku nebo o dvě děti do 15 let věku – tato skutečnost musí trvat celý kalendářní měsíc, v němž si zaměstnanec čerpá pracovní volno bez náhrady mzdy)*

zaměstnanec nemá povinnost platit ZP, protože je pojištěnec státu (např. důchodce, student – tato skutečnost musí trvat celý kalendářní měsíc, v němž si zaměstnanec čerpá pracovní volno bez náhrady mzdy).*

V Brně dne

Podpis zaměstnance

Vyjádření vedoucího pracoviště:

souhlasím* / nesouhlasím*

V Brně dne

.....
příjmení a jméno vedoucího pracoviště

Schválil

V Brně dne

.....
děkan / tajemník