**Žádost o dlouhodobé ošetřovné (§ 109 odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb.)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Pracoviště:

Žádám o uvolnění z práce k poskytování dlouhodobé péče na dobu od  do **.**

V Brně, dne

…………………….………………….

podpis zaměstnance

Vyjádření **vedoucí/ho pracoviště**:

souhlasím  nesouhlasím

Pokud nesouhlasíte, uveďte důvod: …………………………………………………………………………

…………………….………………….

podpis vedoucí/ho pracoviště

Vyjádření **tajemníka/děkana**:

souhlasím  nesouhlasím

Pokud nesouhlasím, uveďte důvod: …………………………………………………………………………

…………………….………………….

podpis tajemníka/děkana

Nejpozději v den zahájení čerpání dlouhodobého ošetřovného je zaměstnanec k této žádosti povinen doložit Rozhodnutí o potřebě dlouhodobého ošetřovného od ošetřujícího lékaře nemocného a [Žádost o dlouhodobé ošetřovné](https://eportal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-zodo) z České správy sociálního zabezpečení.