

Žádost o poskytnutí pracovního volna

Jméno a příjmení: _____

Osobní číslo: _____

Útvar: _____

Žádám o povolení pracovního volna

od	do	tj.	(datum)
od	do	tj.	(datum)
od	do	tj.	(datum)
od	do	tj.	(datum)
od	do	tj.	(datum)

V případě poskytnutí neplaceného volna jsem si vědom/a své povinnosti doplatit zdravotní pojistovné prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši určené dle § 3 odst. 10 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, nedojde-li k dosažení minimálního vyměňovacího základu. Pokud nebude možné uhradit toto pojistné srazkou z mé mzdy, uhradím zaměstnavateli příslušnou částku pojistného v hotovosti.

podpis zaměstnance

Výše uvedený zaměstnanec:

☐ - Byl dne.....od.....do.....hodin ošetřen (všešetřen).

☐ - Doprovázet rodinného příslušníka:

Jméno a příjmení

Ošetření (všešetření, doprovod) nebylo možno provést mimo pracovní dobu zaměstnance.

V Praze dne: _____ potvrzení zdravotnického zařízení

Vybavování pracovním oděvem – stejnokrojem.

V Praze dne:

přetiskem
potvrzení odpovědnosti skladu

Vyjadření vedoucího útvaru:

Podle platných předpisů o poskytování pracovního volna se poskytuje

placené volno

placené volno s refundací

neplacené volno	draž / hodin "

Datum:

⁷ nehodící sa škrtáče

Dopravní podnik hl. m. Prahy, akciová společnost
adresa Sokolovská 217/42, 150 22 Praha 9
zápis v OR vedeném MŠ v Praze v oddíle B, vložka 847
IČ 00005886 DIČ CZ0005886 www.dpp.cz

DP154-0-500200 Strana 1/1

**Dopravní podnik
hlavního města Prahy**

Dopravní podnik hl. m. Prahy, akciová společnost
adresa Sokolovská 217/42, 190 22 Praha 9
zápis v OR vedeném MŠ v Praze v oddíle B, vložka 847

09154.0-500200

Dopravní podnik