Hrazeno z: Číslo dohody:

**Dohoda o pracovní činnosti**

uzavřená podle ZP mezi

Univerzitou Karlovou v Praze – Fakultou sociálních věd, Praha 1, Smetanovo nábřeží 6 (dále jen FSV)

zastoupenou PhDr. Jakubem Končelíkem, Ph.D.

a p. (titul, jméno, příjmení):

Kontakt (e-mail, mobil):

Rodné jméno:

Datum narození:

Číslo pasu (cizinci):

Státní přísl.:

Místo narození:

Rodné číslo:

Bydliště:

Adresa trvalého pobytu v zahraničí:

**Hlavní zaměstnání**: \*) -zaměstnanec - podnikatel – důchodce\*\*) - studující - do 26 let věku

- do 28 let věku

**Zdravotní pojišťovna**:

Přílohy tvoří – u zaměstnaných osob doklad o platbě minimální výše ZP

- u studentů do 26 let potvrzení o studiu

- vždy vyplněný formulář “Přihláška k nemocenskému pojištění”

1. Zaměstnanecse zavazuje vykonávat **pro pracoviště FSV**:

**tuto pracovní činnost**:

1. Pracovní činnost bude vykonávána **v rozsahu** hodin \*) - týdně - měsíčně – celkem

za odměnu **ve výši** **Kč** za hodinu

1. Tato dohoda se uzavírá na dobu **od** **do**
2. Zaměstnanec prohlašuje, že v rámci Univerzity Karlovy v Praze \*)
3. nemá uzavřen další pracovně právní vztah
4. má uzavřen další pracovně právní vztah na fakultě:

**v rozsahu**: **druh činnosti**:

5. Zaměstnanec souhlasí, aby výše uvedená osobní data byla použita pro plnění úkolů uložených zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

6. Pracovník byl seznámen s předpisy vztahujícími se ke sjednané práci, zejména k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví připráci a FSV se zavazuje vytvořit zaměstnanci vhodné podmínky pro sjednanou práci.

Odměna za pracovní činnost vykonávanou podle této dohody bude vyplácena ve stanoveném termínu pro výplatu mezd na základě předloženého vyúčtování odměny za práci potvrzeného odpovědným pracovníkem **na účet číslo**:

7. Případná **další ustanovení**:

8. V ostatním platí pro tuto dohodu příslušná ustanovení zákoníku práce.

9. Tato dohoda byla vypracována ve dvou vyhotoveních.

V Praze dne

....................................................................

podpis odpovědného pracovníka

............................................................ .....................................................................

podpis zaměstnance podpis zmocněného pracovníka FSV

\*) Nehodící se škrtněte

\*\*) Doložit kopií rozhodnutí o přiznání důchodu a kopií posledního útržku složenky nebo výpisu z účtu