**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ NEPLACENÉHO VOLNA**

**APPLICATION FOR UNPAID LEAVE**

Zaměstnanec (jméno, příjmení, titul) / Employee (name, surname, title):

Útvar / Department:

Žádám o poskytnutí neplaceného volna z důvodu / I request unpaid leave due to:

V termínu od / In the period from:  do / to: Počet pracovních dnů / Number of working days:

Datum / Date:       Podpis žadatele / The applicant's signature:

…………………………………..

**Vyjádření ředitele institutu (vedoucího centra, oddělení) /**

**Statement of the director of the institute (head of the center, department):**

**[ ]** S poskytnutím neplaceného volna **souhlasím.** / **I agree** to grant an unpaid leave

**[ ]** S poskytnutím neplaceného volna **nesouhlasím. / I don´t agree** to grant an unpaid leave

Datum / Date:       Podpis / Signature: ………..…………………………..

**Vyjádření děkana / Dean's statement:**

**[ ]** S poskytnutím neplaceného volna **souhlasím. / I agree** to grant an unpaid leave.

**[ ]** S poskytnutím neplaceného volna **nesouhlasím. / I don´t agree** to grant an unpaid leave.

Datum / Date:       Podpis / Signature: …………………….……………..

Poznámka / Note: ŽÁDOST o poskytnutí neplaceného volna podává zaměstnanec vždy. / The employee always submits a request for unpaid leave.

DOHODA o úhradě pojistného se uzavírá v případě, že neplacené volno bude trvat **celý jeden nebo více pracovních dní**. / The AGREEMENT on the payment of insurance premiums is concluded if the unpaid leave lasts **for whole working day or more working days.**

**DOHODA O SRÁŽCE ZE MZDY / WAGE DEDUCTIONS AGREEMENT**

Ve smyslu zák. č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se **zavazuji** uhradit zaměstnavateli částku odpovídající pojistnému, které za mne povinně hradí v době čerpání neplaceného volna, a to v případě, že v měsíci čerpání neplaceného volna můj příjem nedosáhne alespoň minimální mzdy. Úhrada bude provedena **formou srážky ze mzdy**. / In the sense of Act. No. 48/1997 Coll., on general health insurance, as amended, I undertake to pay the employer an amount corresponding to the premium, which is obligatorily paid for me at the time of taking unpaid leave, if in the month of taking unpaid leave my income does not reach at least the minimum wage. Payment will be made in the form of a **deduction from wages.**

Datum / Date:       Podpis zaměstnance / Employee's signature: ……............………………….…..

Datum / Date:       Podpis děkana / Dean's signature: ……............………………….…..