**Žádost o příspěvek na zdravotní péči**

**(komplexní lékařská prohlídka)**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Pracoviště:        
  
**Čestné prohlášení:**

Čestně prohlašuji, že v roce       jsem nečerpal/a příspěvek na tento benefit a ani na něj neuplatňuji nárok na jiné součásti univerzity.

Podpisem této žádosti prohlašuji, že souhlasím s tím, aby zaměstnavatel shromažďoval mé osobní údaje k účelům přiznání a poskytnutí příspěvku na zdravotní péči nakládal s nimi nebo je jinak zpracovával k týmž účelům dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Datum:       Podpis zaměstnance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření personálního oddělení:**  Splňuje  Nesplňuje

Datum začátku pracovního poměru na FSV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Koeficient úvazku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Výše příspěvku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kč

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis vedoucí personálního oddělení: Správce rozpočtu:**

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_