**Žádost o příspěvek na zdravotní péči**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Pracoviště:

**Čestné prohlášení:**

Čestně prohlašuji, že v roce       jsem nečerpal/a příspěvek na zdravotní péči a ani neuplatňuji nárok na tento příspěvek 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. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679
o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, známém jako GDPR (obecné nařízení).

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

**Vyjádření personálního oddělení:** [ ]  Splňuje [ ]  Nesplňuje

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

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

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

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

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

**Za ekonomické oddělení (vedoucí EO):**

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

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

**Vyjádření vedoucí personálního oddělení k poskytnutí a výplatě příspěvku:**

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

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