

## DOTAZNÍK O ZAMĚŠTNÁNÍ

### Vyplní ošetřující osoba

Ukončil/a jste pracovní poměr?  Ano  Ne

Iste evidován/a na úřadu práce?  Ano  Ne

Čerpáte neplacené volno?  Ano  Ne

### Vyplní zaměstnavatel ošetřující osoby

Jméno a příjmení/Název zaměstnavatele:

IČO:

Sídlo:

Zastoupena:

(dále jen „Zaměstnavatel“)

**Ukončení pracovního poměru z důvodu ošetřování:**  Ano  Ne

Potvrzují, že

Pan/paní:

Rodné číslo:  /

Bytem:

byl/a u Zaměstnavatele zaměstnán/a od:  do:

příčemž její pracovní poměr byl ukončen z důvodu potřeby ošetřování člena rodiny.

**Čerpání neplaceného pracovního volna:**  Ano  Ne

Potvrzují, že

Pan/paní:

Rodné číslo:  /

Bytem:

byl/a u Zaměstnavatele zaměstnán/a od:  doposud, příčemž od:  do:

čerpá / čerpal/a neplacené volno z důvodu potřeby ošetřování člena rodiny.

V  dne  Razítko a podpis zaměstnavatele/  
osoby oprávněné jednat  
za zaměstnavatele