

DOTAZNÍK O ZAMĚSTNÁNÍ

Vyplní ošetřovatel

Ukončil jste pracovní poměr? Ano Ne

Jste evidován na úřadu práce? Ano Ne

Čerpáte neplacené volno? Ano Ne

Vyplní zaměstnavatel ošetřovatele

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:

byla u Zaměstnavatele zaměstnána 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:

je u Zaměstnavatele zaměstnána od: dosud, přičemž v od: do:

čerpá/čerpala neplacené pracovní volno z důvodu potřeby ošetřování člena rodiny.

V

dne

Razítko a podpis zaměstnavatele/
osoby oprávněné jednat za
zaměstnavatele