

ŽÁDOST O NEPLACENÉ VOLNO

jméno:

Žádám o neplacené volno v době
od.....do.....

tj. pracovních dnů.

Souhlasím se srážkou na zdravotní pojištění ve výši 13,5% po dobu neplaceného volna
(zákon o zdravotním pojištění 550/1991 Sb., § 8, odst. 3).

Pojištění uhradím srážkou ze mzdy v nejbližším výplatním termínu doplatku mzdy.

.....
datum

.....
podpis zaměstnance

Vyjádření nadřízeného:

.....
datum

.....
podpis

Vyjádření ředitele školy:

.....
datum

.....
podpis

Žádosti se nevyhovuje z důvodu:

.....
datum

.....
podpis