**PROHLÁŠENÍ ZAMĚSTNANCE K DOHODĚ KONANÉ MIMO PRACOVNÍ POMĚR**

**Pořadové číslo dohody:**

**Pan/paní: (zaměstnanec)**

**rodné číslo / evidenční číslo pojištěnce (cizinec)\*:**

**UČO:**

**Další pracovní poměr na MU**: Prohlašuji, že: [ ] mám [ ] nemám\* u MU uzavřen další pracovněprávní vztah,

 a to na …….……………..……. fakultě, v rozsahu ……………………………………hodin

**Daň z příjmu fyzických osob**

[ ]  Chci podepsat prohlášení k dani z příjmu fyzických osob\*). (Prohlášení je možné podepsat pouze u jednoho zaměstnavatele.) \*) *dostavte se, prosím, do mzdové účtárny FSpS MU, Kamenice 5, Brno*

[ ]  Nechci podepsat prohlášení k dani

**Údaje pro zdravotní pojištění:**

 Jsem přihlášen u zdravotní pojišťovny …………………………………………… název a kód pojišťovny

**Údaje o důchodu:**

 [ ]  Nepobírám [ ]  pobírám důchod (druh)……………………….… plátce důchodu………..…………………

**Údaje o důchodovém spoření (II. pilíř) Účast ve II. pilíři – důchodové spoření** [ ]  NE

[ ]  **ANO\***

 \* Neprodleně **odevzdejte** do mzdové účtárny **kopii „Rozhodnutí o nabytí právní moci“** registrace smlouvy o důchodovém spoření.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Pouze pro dohodu o pracovní činnosti:**

 **Čestné prohlášení:**

[ ]  Žádám, aby mně bylo z mé mzdy dopočítáváno a sráženo zdravotní pojištění do výše zdravotního pojištění vypočítaného z minimální mzdy, pokud tato nebude dosažena.\*

[ ]  Nežádám o dopočet zdravotního pojištění do výše zdravotního pojištění vypočítaného z minimální mzdy, protože: \*

[ ]  mám souběh zaměstnání a součet odváděného zdravotního pojištění ze všech zaměstnání je rovný nebo vyšší \*

[ ]  samostatná výdělečná činnost je hlavním zdrojem mých příjmů a jako osoba samostatně výdělečně činná pravidelně platím ve zdravotním pojištění alespoň minimální zálohy na pojistném jako OSVČ. Pokud nebudu jako OSVČ platit ve zdravotním pojištění zálohy na pojistné alespoň v minimální povinné výši, oznámím tuto skutečnost nejpozději do 8 dnů od data splatnosti poslední zálohy, která je vyšší než minimální zákonná výše nebo je jí rovna \*

[ ]  patřím do kategorie osob, na které se nevztahuje minimální vyměřovací základ dle zák. 592/1992 Sb., § 3a, odst.3 \*

 pobírám důchod - viz údaje o důchodu

 studuji (název školy - doklad) ……………………………………………………………………….…

 čerpám mateřskou/rodičovskou dovolenou (doklad) ………..…………………………..………….

**Beru na vědomí, že jsem povinen(na) změny týkající se placení zdravotního pojištění nebo účasti ve II. pilíři-důchodové spoření hlásit neprodleně svému zaměstnavateli (mzdové účetní).**

Souhlasím s tím, aby zaměstnavatel po dobu nezbytnou zpracovával a využíval moje osobní údaje, včetně rodného čísla, poskytnutá pro účely personální a mzdové agendy a pro plnění zákonem uložených úkolů.

V Brně dne:

 .......................................................

 podpis zaměstnance

Poznámka:\***U cizinců** doložte ofocený cestovní doklad příp. průkaz totožnosti a prohlášení o zaměstnání v EU

[ ]  *Hodící se zaškrtněte.*