

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.