

## Osobní dotazník pro DPČ, DPP

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, TITUL ..... RODNÉ PŘÍJMENÍ .....

DATUM NAROZENÍ ..... MÍSTO, OKRES, STÁT .....

RODNÉ ČÍSLO ..... TELEFON ..... E-MAIL .....

TRVALÉ BYDLIŠTĚ .....

KORRESPONDENČNÍ ADRESA .....

STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST ..... RODINNÝ STAV .....

VYPLNÍ POUZE CIZÍ STÁTNÍ PŘÍSLUŠNÍK .....

ČÍSLO CESTOVNÍHO DOKLADU .....

NÁZEV ORGÁNU, KTERÝ CESTOVNÍ DOKLAD VYDAL .....

### VZDĚLÁNÍ

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ ZKOUŠKY	NÁZEV ŠKOLY	DATUM UKONČENÍ	OBOR
.....	.....	.....	.....

POTVRZUJI, ŽE JSEM SE DOHODL/A SE ZAMĚSTNAVATELEM, VE SMYSLU USTANOVENÍ § 143 A NÁSLEDUJÍCÍCH, ZÁK. Č. 262/2006 SB., ZÁKONÍKU PRÁCE, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ, O ZASÍLÁNÍ PLATU/ODMĚNY NA BANKOVNÍ ÚČET ČÍSLO: ..... U PENĚŽNÍHO ÚSTAVU: .....

PROHLAŠUJI, ŽE NEVYKONÁVÁM  /VYKONÁVÁM  JINOU VÝDĚLEČNOU ČINNOST, KTERÁ JE  /NENÍ  SHODNÁ S PŘEDMĚTEM PODNIKÁNÍ NOVÉHO ZAMĚSTNAVATELE, S NÍMŽ JSEM V PRACOVNĚPRÁVNÍM VZTAHU.

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ..... KÓD .....

POBÍRÁNÍ DŮCHODU	DRUH	DATUM PŘIZNÁNÍ
POBÍRÁM ANO <input type="checkbox"/> - NE <input type="checkbox"/>	.....	.....

ZMĚNĚNÁ PRACOVNÍ SCHOPNOST – INVALIDITA	OD	DATUM PŘIZNÁNÍ
POBÍRÁM ANO <input type="checkbox"/> - NE <input type="checkbox"/>	.....	.....

MÁTE STANOVENÉ SRÁŽKY ZE MZDY? NE  - ANO  JAKÉ? .....

## Osobní dotazník pro DPČ, DPP

Potvrzuji svým vlastnoručním podpisem, že veškeré mnou uvedené údaje odpovídají skutečnosti, každou jejich změnu oznámím zaměstnavateli do 8 dní, a souhlasím s jejich využitím zaměstnavatelem v rozsahu potřebném pro účely pracovního poměru po dobu jeho trvání.

Souhlasím  /  nesouhlasím o zaslání informací o akcích IPR Praha a CAMPu na moji soukromou e-mailovou adresu, a to po dobu pracovního poměru.

V Praze dne .....

.....  
*podpis zaměstnance*

**KONTROLA ÚDAJŮ BYLA PROVEDENA DLE OP, NEBO JINÝCH PŘEDLOŽENÝCH DOKLADŮ:**

V Praze dne .....

.....  
*podpis pověřeného zaměstnance*