

POTVRZENÍ O ZAMĚSTNÁNÍ

část I.

Zaměstnavatel:

Jméno a příjmení zaměstnance:

Narozen(a):

Adresa:

V naší firmě byl(a) zaměstnán(a) od do

a vykonával(a) tuto práci:

Údaj o dosažené kvalifikaci:

Ke dni rozvázání pracovního poměru – dohody o pracovní činnosti, mu (jí) bylo započteno jako doba zaměstnání celkem roků dní.

Další sdělení zaměstnavatele:

.....

.....

Přehled pracovní neschopnosti

Přehled pracovních neschopností p. spadajících do doby jednoho roku před skončením pracovního poměru – dohody o pracovní činnosti (neuvádějí se pracovní neschopnosti způsobené pracovním úrazem, nemocí z povolání a dobou nařízené karantény).

Od	Do	Počet dnů PN
Celkem počet dnů pracovní neschopnosti:		

Od počátku kalendářního měsíce, v němž skončilo zaměstnání, jmenovaný do dne skončení zaměstnání **neodpracoval**:

..... celých pracovních dnů (směn) z důvodu omluveného pracovního volna,

..... celých pracovních dnů (směn) z důvodu neomluvené nepřítomnosti v práci,

..... hodin, jde-li o neomluvené zameškané části pracovní doby kratší než celý pracovní den (směna).

Údaje o započitatelné době zaměstnání v I. resp. II. pracovní kategorii za dobu před 1.1.1993 pro účely důchodového zabezpečení:

v I. kategorii:

v II. kategorii:

Zákonné srážky ze mzdy

Poř.	Výživné			Ostatní pohledávky			Rozhodnutí - výměr (kdo vydal, č.j.)	Ve prospěch – jméno a adresa
	Běžné měsíčně	Dlužné výše	Dosud sraženo	Výše	Dosud sraženo	Srážka měsíčně		

Zaměstnanec má – nemá změněnou pracovní schopnost.

Dle prohlášení pobírá – nepobírá důchod.

Má – nemá sjednáno pojištění – č. pojistky Kč/měs.
 č. pojistky Kč/měs.
 č. pojistky Kč/měs.

u pojišťovny v

naposled sraženo ze mzdy za měsíc rok

Je – není účastníkem podnikového spoření.

Pojištěn u zdravotní pojišťovny:

Datum skončení pracovního poměru:

Pracovní poměr byl – nebyl ukončen z důvodů porušení povinností zvlášť hrubým způsobem.

Zaměstnanec potvrzení o zaměstnání převzal dne:

Dne:

.....
razítko a podpis zaměstnavatele