

**Univerzita Karlova, Matematicko-fyzikální fakulta**

**Ke Karlovu 3, 121 16 Praha 2**

Zastoupená ing. Antonínem Lískou, tajemníkem fakulty

a

Příjmení, jméno, titul ..... Rodné příjmení .....  
Místo narození ..... Státní příslušnost .....  
Datum narození ..... Rodné číslo(u cizinců číslo pasu) .....  
Trvalé bydliště ..... PSČ .....  
Kontaktní adresa ..... PSČ .....  
Zaměstnavatel .....  
Zdravotní pojišťovna ..... Druh důchodu, od .....

Uzavírají podle § 76 Zákoníku práce tuto

## **DOHODU O PRACOVNÍ ČINNOSTI**

1. Sjednaný pracovní úkol : .....
2. Odborný rozsah práce (max.20 hod./týden): ..... hodin/týden.
3. Práce bude provedena od : ..... do: .....
4. Za MFF práci převezme : .....
5. Sjednaná odměna ve výši : ..... Kč/měsíc
6. Výplata odměny na číslo účtu zaměstnance: .....
7. Hrazeno z : .....
8. Dohodu lze zrušit dohodou účastníků ke sjednanému dni nebo jednorázově písemnou výpovědí s 15-ti denní výpovědní dobou, která začíná dnem, v němž byla výpověď doručena druhé smluvní straně.
9. Další ujednání: .....

V Praze dne : .....

.....

podpis zaměstnance

.....

podpis zaměstnavatele

podpis nositele grantu, vedoucího pracoviště, proděkana:

## Příloha k dohodě o pracovní činnosti

### **Daň z příjmu fyzických osob**

Vyberte jednu variantu

Chci podepsat prohlášení k dani z příjmu fyzických osob – nemám podepsané Prohlášení k dani z příjmu fyzických osob u jiné organizace.

Nechci podepsat prohlášení k dani.

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Vyberte jednu variantu

Čestně prohlašuji, že

v rámci Univerzity Karlovy nemám uzavřen pracovní poměr ani dohodu konanou mimo pracovní poměr.

v rámci Univerzity Karlovy mám uzavřenou pracovní smlouvu nebo dohodu o pracovní činnosti popř. dohodu o provedení práce na těchto dalších pracovištích a s následujícími ujednáními:

.....  
(název fakulty, druh smlouvy, od-do)

Vyberte jednu variantu

Čestně prohlašuji, že

nemám uzavřen pracovní poměr ani dohodu u jiného zaměstnavatele.

mám pracovní poměr, nebo dohodu o pracovní činnosti u jiného zaměstnavatele.

Dokládám potvrzení o odvodu zdravotního pojištění alespoň z minimální mzdy. V případě nedoložení potvrzení bude ZP odváděno z minimální mzdy.

Zavazuji se, že v případě změny zdravotní pojišťovny, nebo ukončení pracovně právního vztahu tuto skutečnost do 8 dnů oznámím mzdové účtárně UK MFF.

Soudně stanovené srážky ze mzdy

Kým

čj.

Datum výměru

.....  
Zaměstnanec souhlasí s tím, aby zaměstnavatel po dobu nezbytně nutnou zpracovával a využíval jeho osobní údaje, včetně rodného čísla, poskytnutá pro účely personální a mzdové agendy a pro plnění zákonem uložených úkolů.

V Praze dne .....

.....  
podpis zaměstnance