

Priezvisko, meno, titul: _____

Adresa: _____

Telefón: _____

Žiadosť o prijatie do pracovného pomeru

V _____ dňa _____

Podľa predchádzajúceho rokovania s Vaším pracovníkom _____

a v zmysle § 42 Zákonníka práce, žiadam o prijatie do pracovného pomeru vo Vašej organizácii.

Uchádzam sa o miesto _____ v útvare _____

Nastúpiť môžem dňa _____ Názov a adresa organizácie, v ktorej som doteraz zamestnaný /á/:

_____ podpis

- Prílohy:**
1. Osobný dotazník
 2. Prehlásenie
 3. Zápočet rokov od posledného zamestnávateľa
 4. OP, preukaz poistenca, čísla účtu v banke
 5. Dôchodcovia rozhodnutie o dôchodku
 6. Pre daňový bonus rodný list dieťaťa

Meno a priezvisko :

Rodné číslo :

Adresa trvalého pobytu :

Telefónne číslo :

Žiadame o uvedenie čísla účtu, na ktoré Vám môžeme zasielať mzdu vyplývajúcu z pracovného pomeru.

Číslo účtu : kód banky :.....

Zamestnanec je povinný bezodkladne v lehote do 3 dní oznámiť prekážky výkonu opatrovateľskej služby ako sú : úmrtie opatrovaného, hospitalizácia opatrovanej osoby, zmenu pobytu opatrovanej osoby a pod.

Zamestnanec je povinný zachovávať mlčanlivosť o zdravotnom stave, osobných a majetkových pomeroch týkajúcich sa opatrovanej osoby počas trvania pracovného pomeru ako aj po jeho skončení.

Zamestnanec je povinný bezodkladne oznámiť každú zmenu vyplývajúcu z pracovného pomeru ako je : zmena zdravotnej poisťovne, zmena čísla účtu a banky, poberanie dôchodku alebo invalidnej dávky, dopredu nahlásiť čerpanie dovolenky, neplateného voľna, včas nahlásiť ošetrovné blízkeho člena rodiny, poberanie nemocenských dávok, uplatňovanie alebo neuplatňovanie nezdanej položky, bonus na dieťa, znižovanie percenta dôchodkového poistenia, zmenu trvalého pobytu a iné.

Vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že som bol /a/ riadne poučený /á/ o povinnostiach a obmedzeniach vyplývajúcich z pracovného pomeru.

v..... dňa.....

vlastnoručný podpis zamestnanca

OSOBNÝ DOTAZNÍK

meno a priezvisko, titul :rodné :.....

deň, mesiac, rok narodenia :..... mesto :.....

trvalé bydlisko:.....telefón:.....

prechodné bydlisko:..... telefón:.....

rodné číslo :..... evid. č. občianskeho preukazu:.....

rodinný stav:zdravotná poisťovňa:

národnosť:štátna príslušnosť:

Máte ešte iný pracovný pomer? Áno nie
Organizácia / podnik/

Budete si u nás uplatňovať nárok na zľavu dane zo mzdy? Áno nie

Ste poberateľom dôchodku ? áno nie
Druh dôchodku

Máte zmenenú pracovnú schopnosť? Áno nie
% zníženia..... dátum výmeru.....

Rodinní príslušníci :

Manžel /ka/ / dátum narodenia, bydlisko, zamestnanie

Deti / dátum narodenia, bydlisko, zamestnanie, štúdium a kde/.....

Dosiahnuté vzdelanie :.....

Vyhlasujem, že všetky údaje som uviedol/la/ pravdivo.

vlastnoručný podpis

v..... dňa.....