

# Dohoda o pracovnej činnosti

/ § 228a ZP/

/fakulty/

Číslo:

Zamestnávateľ: Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre /ďalej len „SPU v Nitre“/  
Sídlo: Trieda A. Hlinku 2, 949 76 Nitra  
IČO: 00397482  
Štatutárny orgán: Dr.h.c. prof. Ing. Peter Bielik, PhD., rektor

V zastúpení: ....., dekan

a

Zamestnanec (meno, priezvisko, titul/y): .....

Trvalé bydlisko: .....

Ev. číslo OP: ..... rodné číslo: ..... dátum narodenia: .....

miesto narodenia: ..... stav: ..... štát. príslušnosť: .....

uzatvárajú podľa ust. § 228 a Zákonníka práce

## dohodu o pracovnej činnosti

1. Dohodnutá práca:

.....

2. Dohodnutý rozsah pracovného času: .....

3. Dohoda sa uzatvára na dobu od: ..... do: .....

4. Dohodnutá odmena v EUR/hod: .....

Odmena celkom: ..... slovom .....

5. Cena práce celkom: ..... slovom: .....

**Zdroj financovania** : FOND : ..... FO: ..... Prvok ŠPP : .....

FS: ..... PÚ: ..... gestor ..... podpis: .....

6. Odmena za vykonanú prácu je splatná vo výplatných termínoch určených u zamestnávateľa pre výplatu mzdy. Zamestnávateľ poukáže odmenu **na číslo účtu zamestnanca**: .....

7. Zamestnanec je povinný pracovať zodpovedne a riadne, dodržiavať predpisy vzťahujúce sa na vykonávanie práce a predpisy BOZP a PO. Zamestnávateľ oboznámil zamestnanca s predpismi vzťahujúcimi sa na vykonávanie práce a BOZP a PO.

8. Ďalšie dohodnuté podmienky: .....

9. Zamestnanec súhlasí podľa z. č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov so spracovaním osobných údajov pre účely vedenia personálnej a mzdovej agendy zamestnávateľa a účely sociálneho a zdravotného poistenia po dobu trvania pracovno-právneho vzťahu na SPU v Nitre a počas doby archivácie dokladov.

10. Neoddeliteľnou súčasťou dohody je Príloha č. 1 „Údaje zamestnanca na účely zdravotného a sociálneho poistenia“, „Výkaz práce“.

V ..... dňa .....

.....

zamestnanec

.....

zamestnávateľ

## Prehlásenie

Podpísaný/a/ ....., narodený/á/ ....., trvale bytom ....., zamestnaný ..... SPU v Nitre,.....ul. č....., Nitra týmto prehlasujem, že som bol /a/ poučený /á/:

- s §§ 146,148,178,179 zákona č. 311/2001 Z.z. v znení neskorších predpisov (Zákonník práce) a so základnými predpismi z oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, hygieny práce a pracovným poriadkom;
- o všeobecných požiadavkách ochrany pred požiarmi v objektoch a priestoroch SPU, výklade o nebezpečenstve vzniku požiaru , najmä o protipožiarnych opatreniach a pracovnej disciplíne vo vzťahu k ochrane pred požiarmi, s rozmiestnením hasiacich zariadení, hasiacich prístrojov, spojovacích prostriedkov a so spôsobom ich použitia, s rozmiestnením hlavných vypínačov elektrickej energie a uzáverov vody a plynu, so spôsobom vyhlasovania požiarneho poplachu, povinnosti pri vzniku požiaru vyplývajúce z požiarneho poplachových smerníc a z požiarneho evakuačného plánu, v zmysle § 4 písm. e) zákona č. 314/2001 Z.z. o ochrane pred požiarmi a § 20 ods. 3 vyhl. č. 121/2002 Z.z. o požiarnej prevencii v znení neskorších predpisov;
- o svojej povinnosti oznámiť vedúcemu pracoviska ihneď všetky nedostatky, ktoré by mohli ohroziť život alebo moje zdravie, život alebo zdravie spolupracovníkov , ďalej o povinnosti ihneď hlásiť svoj úraz alebo úraz spolupracovníka v zmysle § 17 zákona č. 124/2006 Z . z. (Zákon o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ),
- o poskytnutí prvej pomoci pri úrazoch el. prúdom, ustanoveniami vyhl. MPSVaR č.508/2009 Z.z., STN 34 3108, STN 34 800, zákone č.125/2006 Z.z. o inšpekcii práce a o zmene a doplnení zákona č. 82/2005 Z.z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zároveň potvrdzujem , že poučenie bolo spojené s overovaním mojich vedomostí ústnou formou.

V Nitre dňa .....

.....

podpis zamestnanca

## **Registračné údaje sociálneho a zdravotného poistenia**

*Údaje sú potrebné kurčaniu výšky odvodovej povinnosti zamestnanca a zamestnávateľa a k registrácii na účely sociálneho a zdravotného poistenia od **1.1.2013**. V prípade ich nevyplnenia nemôže byť zamestnanec registrovaný v súlade so zákonom a nie je možné dohodu realizovať.*

Priezvisko: .....

Meno: .....

Tituly: .....

Dátum narodenia: ..... Rodné číslo: .....

Miesto narodenia: .....

Trvalé bydlisko- ulica/číslo: .....

Mesto/obec: .....

PSČ: .....

Rodinný stav: .....

Rodné priezvisko: .....

Štátna príslušnosť: .....

**Zdravotná poisťovňa:.....**

**Poberateľ dôchodku** (ak áno, uviesť druh dôchodku - starobný, predčasný starobný, výsluhový, invalidný – s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70%, invalidný – s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% a najviac o 70%)

Priložiť: Doklad o poberaní dôchodku /Fotokópia rozhodnutia SP alebo potvrdenie SP/

Kontaktné údaje zamestnanca:

e mail:.....

číslo mobilu na zasielanie SMS:.....

Podpis zamestnanca: .....

Dátum:

