

Dohoda o brigádnickej práci študenta

/ § 227a ZP/

/rektorát, celouniverzitné pracoviská/

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

a

Zamestnanec (meno, priezvisko, titul/y):

Trvalé bydlisko:

Ev. číslo OP: rodné číslo: dátum narodenia:

miesto narodenia: stav: štát. príslušnosť:

a

Uzavádzajú v zmysle § 227 a nasl. zákona č. 311/2001 Z. z. (Zákonník práce) v znení neskorších predpisov túto

dohodu o brigádnickej práci študenta

1. Dohodnutá práca:
2. Dohodnutý rozsah určeného týždenného pracovného času v hodinách spolu.....
3. Dohoda sa uzatvára na dobu určitú od..... do
4. Dohodnutá odmena v EUR/hod:
5. Dohodnutá odmena celkom: slovom:
6. Cena práce celkom:.....slovom:.....
Zdroj financovania : FOND :..... FO:..... Prvok ŠPP :
- FS..... PÚ:..... gestorpodpis.....
7. Odmena splatná:
Zamestnávateľ poukáže odmenu **na číslo účtu zamestnanca**:

8. Zamestnanec je v zmysle § 224 ods. 1 Zákonníka práce povinný:
 - a) Vykonávať práce zodpovedne a riadne dodržiavať podmienky dohodnuté v dohode. Vykonávať práce osobne.
 - b) Dodržiavať právne predpisy vzťahujúce sa na prácu ním vykonávanú, najmä právne predpisy na zabezpečenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, dodržiavať ostatné predpisy vzťahujúce sa na prácu ním vykonávanú, s ktorými bol riadne oboznámený.
 - c) Riadne hospodáriť so zverenými prostriedkami a strážiť a ochraňovať majetok zamestnávateľa pred poškodením, stratou, zničením a zneužitím.
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“, „Doklad potvrdzujúci štatút študenta“.

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:

