

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892**Žádost o poskytnutí mimořádného nefinančního benefitu
pro zdravotnické pracovníky**Zaměstnanec:
Pracoviště:
Pracovní zařazení:
Osobní číslo:
Úvazek:

Jako zdravotnický pracovník **žádám** zaměstnavatele v rámci „Mimořádného dotačního programu pro poskytovatele lůžkové péče s cílem prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže a obnovy psychických a fyzických sil pro pracovníky ve zdravotnictví v souvislosti s epidemií COVID-19“ vyhlášeného MZ ČR dne 28. 6. 2021 (dále jen „mimořádný dotační program“) o poskytnutí příspěvku ve výši:

..... Kč

na služby, které jsou specifikovány v příložené faktuře (dále jen „benefit“).

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že jsem se řádně seznámil/a se všemi podmínkami mimořádného dotačního programu a zavazuji se tyto podmínky dodržovat. Beru na vědomí, že příspěvek na čerpání benefitu je zaměstnavateli poskytován z rozpočtové kapitoly MZ ČR, nakládání s ním se řídí zejména zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a podmínkami mimořádného programu, a že případné čerpání benefitu v rozporu se stanovenými pravidly by mohlo být posuzováno jako porušení rozpočtové kázně, za které hrozí uložení odvodu a penále.

Beru na vědomí a souhlasím s tím, že v případě, že v době čerpání služby, která byla zaměstnavatelem za mne uhrazena, ztratím dle podmínek mimořádného dotačního programu na poskytnutí benefitu nárok, že částku uhrazenou za mne zaměstnavatelem poskytovateli služeb vrátím zaměstnavateli k jeho výzvě zpět.

Prohlašuji, že mi není v současné době známa žádná překážka, která by mohla způsobit zánik nároku na čerpání benefitu po jeho uhrazení ze strany zaměstnavatele. V případě, že po schválení čerpání benefitu ze strany zaměstnavatele zjistím skutečnosti, které by mohly vést k zániku nároku na čerpání benefitu, že budu o takovýchto skutečnostech zaměstnavatele bez zbytečného odkladu informovat.

Beru na vědomí, že zaměstnavatel na základě plnění zákonem uložené povinnosti a oprávněného zájmu zpracovává v souvislosti s podanou žádostí mnou poskytnuté osobní údaje. Tyto osobní údaje budou či mohou být poskytnuty a zpřístupňovány MZ ČR případně další kontrolním a jiným kompetentním orgánům veřejné správy při výkonu jejich kontrolní činnosti či plnění jiné zákonem uložené povinnosti.

Přílohy: Faktura

V Olomouci dne:

Podpis zaměstnance:

Vyjádření referentky Personálního úseku (OVLZ):Žádosti se ☐ VYHOVUJE ☐ NEVYHOVUJE

Žádost se zamítá z důvodu:

Datum:

Podpis a razítko: