**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, 121 08 Praha 2**

***Příspěvek na úhradu výdajů spojených s udržením nebo zlepšením zdravotního stavu zaměstnance (dále jen „příspěvek na zdraví“)***

# Jméno a příjmení, datum narození............................................................................................

**Pracoviště** ....................................................................................................................................

**Čestné prohlášení:** Prohlašuji podle čl. 5, bod 1 Opatření rektora č. 30/2018, v platném znění, že mi v běžném kalendářním roce nebyl na tento příspěvek poskytnut na jiné součásti univerzity.

Podpisem této žádosti beru na vědomí, že zaměstnavatel jako správce osobních údajů zpracovává uvedené osobní údaje z důvodů smlouvy o poskytnutí příspěvku na základě vnitřního předpisu a mé žádosti a z důvodu oprávněného zájmu správce. Jsem si též vědom/a, že neposkytnutí těchto údajů s sebou nese následky neposkytnutí příspěvku a dále, že u správce údajů nedochází k automatizovanému zpracování těchto údajů, vč. profilování. Další informace o zpracování osobních údajů u správce jsou dostupné na internetové adrese https://cuni.cz/UK-9056.

# Datum

**………………………………………….**

**podpis zaměstnance**