**Základní škola a mateřská škola Naděje, Frýdek-Místek, Škarabelova 562**

 se sídlem: 738 01 Frýdek-Místek, IČO: 600 461 04

 příspěvková organizace, Bankovní spojení: 180363609/0300

[www.zsmsnadeje.cz](http://www.zsmsnadeje.cz), e-mail: zsnadeje@seznam.cz, ID DS 22cjjgq

**Žádost o dovolenou, samostudium, neplacené volno**

**Žadatel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pracovní zařazení:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žádám:** | **od:** | **do:** | **počet pracovních dní:** |
| **o dovolenou**  |  |  |  |
| **o dovolenou** |  |  |  |
| **o dovolenou**  |  |  |  |
| **o dovolenou** |  |  |  |
| **samostudium** |  |  |  |
| **poskytnutí neplaceného volna** |  |  |  |

Při poskytování neplaceného volna zasahujícího nejméně jeden kalendářní měsíc se zavazuji hradit zdravotní pojištění.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vedoucího úseku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vedení školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Základní škola a mateřská škola Naděje, Frýdek-Místek, Škarabelova 562**

 se sídlem: 738 01 Frýdek-Místek, IČO: 600 461 04

 příspěvková organizace, Bankovní spojení: 180363609/0300

[www.zsmsnadeje.cz](http://www.zsmsnadeje.cz), e-mail: zsnadeje@seznam.cz, ID DS 22cjjgq

**Žádost o dovolenou, samostudium, neplacené volno**

**Žadatel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pracovní zařazení:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žádám:** | **od:** | **do:** | **počet pracovních dní:** |
| **o dovolenou**  |  |  |  |
| **o dovolenou** |  |  |  |
| **o dovolenou**  |  |  |  |
| **o dovolenou** |  |  |  |
| **samostudium** |  |  |  |
| **poskytnutí neplaceného volna** |  |  |  |

Při poskytování neplaceného volna zasahujícího nejméně jeden kalendářní měsíc se zavazuji hradit zdravotní pojištění.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vedoucího úseku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vedení školy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_