

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

Název pracoviště:

Titul, jméno a příjmení zaměstnance:

Datum narození:

Věc: Výpověď z pracovního poměru

Dávám výpověď z pracovního poměru ve smyslu § 50 zákoníku práce, který jsem uzavřel (-a) dne:

Můj pracovní poměr skončí dle § 51 ZP uplynutím dvouměsíční výpovědní doby dnem:

Jako důvod výpovědi uvádím (nemusí být uveden žádný výpovědní důvod):

.....

V Praze dne:

podpis zaměstnance

Stanovisko vedoucího zaměstnance:

Datum: