



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

## ZMĚNOVÝ LIST

**Pracoviště:**.....

**Příjmení a jméno:**.....

**Datum narození:**.....

V souladu s § 5 písm. a) zákona číslo 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění

oznamuji s **ÚČINNOSTÍ OD:** .....následující změnu:

- **Příjmení na:** .....
- **Narození dítěte** (jméno, příjmení, datum narození):.....  
.....
- **Státní příslušnosti na:** .....
- **Trvalého bydliště na:** .....
- **Kontaktní adresy na:** .....
- **Zvýšení kvalifikace:**
  - Získání titulu, vědecké hodnosti: .....
  - Dokončení studia na:.....
- **Získání / ukončení rozhodnutí OSSZ o zdravotním postižení** dle zákona o zaměstnanosti: .....
- **Důchod:** status (přiznání / odebrání), druh (starobní, vdovský / vdovecký, částečně invalidní, invalidní, sirotčí)
 

Status:.....

Druh:.....

Plátce důchodu: .....
- **Podepsání daňového přiznání** (osobně se dostavte do mzdové účtárny): Ano      Ne
- **Číslo bankovního účtu na:** .....
- **Zdravotní pojišťovny na:** .....
- **Ostatní:**.....

Datum:.....

Podpis:.....