Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

 V Praze dne ………………………….

**Věc: Zrušení pracovního poměru ve zkušební době ze strany zaměstnavatele**

Vážená paní/ Vážený pane,

na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy jste zaměstnán/a jako …….… na základě pracovní smlouvy ze dne ………. a doposud trvá sjednaná zkušební doba.

Tímto v souladu s § 66 zákoníku práce rušíme pracovní poměr ve zkušební době.

pracovní poměr se rozvazuje a končí dnem

……………………..

 …………………………………………………..

 Jméno, příjmení a podpis vedoucího zaměstnance

V …….…. dne …………

Beru na vědomí: . ………………………………………….

 (zaměstnanec, podpis)
 Jméno a příjmení, adresa zaměstnance
 Datum narození