



UNIVERZITA KARLOVA
I. 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:.....