**OKAMŽITÉ ZRUŠENÍ DOHODY O PRACOVNÍ ČINNOSTI**

Obchodní název zaměstnavatele *(doplňte)*

sídlo zaměstnavatele *(doplňte)*

IČ *(doplňte)*

Vážení,

na základě Dohody o pracovní činnosti ze dne *(zde doplňte datum)* u vaší společnosti pracuji na pozici *(doplňte název pozice, který máte v podepsané dohodě o pracovní činnosti)*.

V souladu s § 77 zákona č. 262/2006 Sb. zákoníku práce, v platném znění okamžitě ruším svůj pracovní poměr. Důvodem je skutečnost, že *(zvolte některou z možností)*

1) podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnělékařských služeb (nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává), nemohu dále konat práci bez vážného ohrožení svého zdraví a zaměstnavatel mi neumožnil v době 15 dnů ode dne předložení tohoto posudku výkon jiné pro něho vhodné práce

2) zaměstnavatel mi nevyplatil *mzdu nebo plat nebo náhradu mzdy nebo platu anebo jakoukoli jejich část* do 15 dnů po uplynutí období splatnosti

Pracovněprávní vztah na základě tohoto okamžitého zrušení dohody o pracovní činnosti končí okamžikem doručení tohoto okamžitého zrušení dohody o pracovní činnosti.

V *(doplňte) dne (doplňte)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Vaše jméno, příjmení , podpis* za zaměstnavatele převzal

*Datum narození ..........................................*

*Adresa trvalého bydliště*