**Dohoda o vykonaní práce**

**/ § 226  ZP/**

**/rektorát, celouniverzitné pracoviská/**

**Číslo:**

Zamestnávateľ: Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre /ďalej len „SPU v Nitre“/

Sídlo: Trieda A. Hlinku 2, 949 76 Nitra

IČO: 00397482

Štatutárny orgán: doc. Ing. Klaudia Halászová, PhD., rektorka

a

Zamestnanec (meno, priezvisko, titul/y): ..........................................................................................................

Trvalé bydlisko:.................................................................................................................................................

Ev. číslo OP: .............................. rodné číslo: ................................dátum narodenia:.....................................

miesto narodenia: ................................. stav: ................................štát. príslušnosť: ......................................

uzatvárajú v zmysle § 226 zákona č. 311/2001 Z. z. (Zákonník práce) v znení neskorších predpisov túto

**dohodu o vykonaní práce**

1. Dohodnutá pracovná úloha: ...................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

2. Dohodnutý rozsah práce (pracovnej úlohy) v hodinách spolu: .............................................................................

3. Doba, v ktorej sa má pracovná úloha vykonať (od-do): ........................................................................................

4. Dohodnutá odmena v EUR/hod: ............................................................................................................................

5. Dohodnutá odmena celkom: ....................................... slovom .............................................................................

6. Cena práce celkom....................................... slovom ............................................................................................

Vyplatená z prostriedkov: FOND:................................ FO:.............................Prvok: .................................... FS................... PÚ:..................... gestor ............................................. podpis...................................

7. Odmena za vykonanie pracovnej úlohy je splatná po skončení a odovzdaní práce (medzi účastníkmi možno dohodnúť, že časť odmeny bude splatná už po vykonaní určitej časti pracovnej úlohy) vo výplatných termínoch určených u zamestnávateľa pre výplatu mzdy **na číslo účtu zamestnanca v tvare IBAN:**

..................................................................................................................................................................................

8. Zamestnanec je v zmysle § 224 zákona Zákonníka práce povinný:

1. Vykonávať práce svedomite a riadne podľa svojich síl, vedomostí a schopností a dodržiavať podmienky dohodnuté v dohode.
2. Vykonávať práce osobne, prípadne za pomoci rodinných príslušníkov uvedených v dohode.
3. Dodržiavať právne predpisy vzťahujúce sa na prácu nimi vykonávanú, najmä právne predpisy na zabezpečenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, dodržiavať ostatné predpisy vzťahujúce sa na prácu nimi vykonávanú, s ktorými bol riadne oboznámený.
4. Riadne hospodáriť so zverenými prostriedkami a strážiť a ochraňovať majetok zamestnávateľa pred poškodením, stratou, zničením a zneužitím.

9. Ďalšie dohodnuté podmienky: ............................................................................................................

10. Zamestnávateľ oboznámil zamestnanca so skutočnosťou, že jeho osobné údaje na SPU sa spracovávajú na základe osobitných právnych predpisov a ich spracovanie vykonávajú len oprávnené osoby SPU. Zamestnanec túto skutočnosť berie na vedomie.

1. Zamestnanec je povinný zachovávať mlčanlivosť o osobných údajoch, s ktorými sa pri výkone svojej činnosti alebo aj náhodne oboznámi, mlčanlivosť trvá počas platnosti dohody aj po skončení platnosti dohody.

12. Neoddeliteľnou súčasťou dohody je Príloha č. 1 „Údaje zamestnanca na účely zdravotného a sociálneho poistenia“.

V .............................. dňa ........................................

............................................................ ..............................................................

zamestnanec zamestnávateľ

*Druhá strana dohody*

P r e h l á s e n i e

Podpísaný/a/ ……………………..…., narodený/á/ …………………, trvale bytom ………………………………, zamestnaný ............................ SPU v Nitre,...............................

ul. č ................., Nitra týmto prehlasujem, že som bol /a/ poučený /á/:

* s §§ 146,148,178,179 zákona č. 311/2001 Z.z. v znení neskorších predpisov (Zákonník práce) a so základ­nými predpismi z oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, hygieny práce a pracovným poriadkom;
* o všeobecných požiadavkách ochrany pred požiarmi v objektoch a priestoroch SPU, výklade o nebezpečenstve vzniku požiaru , najmä o proti­požiarnych opatreniach a pracovnej disciplíne vo vzťahu k ochrane pred požiarmi, s rozmiestnením hasiacich zariadení, hasiacich prístrojov, spojovacích prostriedkov a so spôsobom ich použitia, s rozmiestnením hlavných vypínačov elektrickej energie a uzáverov vody a plynu, so spô­sobom vyhlasovania požiarneho poplachu, povinnosti pri vzniku požiaru vyplývajúce z požiarnych poplachových smerníc a z požiarneho evakuačného plánu, v zmysle § 4 písm. e) zákona č. 314/2001 Z.z. o ochrane pred požiarmi a § 20 ods. 3 vyhl. č. 121/2002 Z.z. o požiarnej prevencii v znení neskorších predpisov;
* o svojej povinnosti oznámiť vedúcemu pracoviska ihneď všetky nedostatky, ktoré by mohli ohroziť život alebo moje zdravie, život alebo zdravie spolupracovníkov , ďalej o povinnosti ihneď hlásiť svoj úraz alebo úraz spolupracovníka v zmysle § 17 zákona č. 124/2006 Z . z. (Zákon o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ),
* o poskytnutí prvej pomoci pri úrazoch el. prúdom, ustanoveniami vyhl. MPSVaR č.508/2009 Z.z., STN 34 3108, STN 34 800, zákone č.125/2006 Z.z. o inšpekcii práce a o zmene a doplnení zákona č. 82/2005 Z.z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zároveň potvrdzujem , že poučenie bolo spojené s overovaním mojich vedomostí ústnou formou.

# V  Nitre dňa …………………

….......…………………...……

podpis zamestnanca

*Príloha č. 1 k Dohode č.*

**Registračné údaje sociálneho a zdravotného poistenia**

*Údaje sú potrebné k určeniu výšky odvodovej povinnosti zamestnanca a zamestnávateľa a k registrácii na účely sociálneho a zdravotného poistenia. V prípade ich nevyplnenia nemôže byť zamestnanec registrovaný v súlade so zákonom a nie je možné dohodu realizovať.*

Priezvisko: ...........................................................

Meno: ..................................................................

Tituly: ..................................................................

Dátum narodenia: ................................................ Rodné číslo: ……………………………..

Miesto narodenia: ........................................................................................................................

Trvalé bydlisko- ulica/číslo: ........................................................................................................

Mesto/obec: .................................................................................................................................

PSČ: .....................................................................

Rodinný stav: .......................................................

Rodné priezvisko: ................................................

Štátna príslušnosť: ...............................................

**Zdravotná poisťovňa:………………......……..**

**Poberateľ dôchodku** (ak áno, uviesť druh dôchodku - starobný, predčasný starobný, výsluhový, invalidný – s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70%, invalidný – s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% a najviac o 70%)

áno / nie /*nesprávny údaj prečiarknuť/.......................*………………………..........................................

*Priložiť:* ***Doklad o poberaní dôchodku /Fotokópia rozhodnutia SP alebo potvrdenie SP/***

Kontaktné údaje zamestnanca:

e mail:…………………………..........................

číslo mobilu na zasielanie SMS:………………..

Podpis zamestnanca: ...........................................

Dátum: