**Meno, priezvisko, adresa trvalého pobytu zamestnanca**

Názov

Adresa zamestnávateľa

**Vec: Oznámenie o okamžitom skončení pracovného pomeru**

Na základe pracovnej zmluvy uzatvorenej dňa . . . . . . . . . . . . . . . pracujem vo Vašej spoločnosti ako . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *(pozn.: uviesť druh práce podľa zmluvy)*.

Podľa lekárskeho posudku MUDr. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*(pozn.: uviesť meno a priezvisko lekára)* zo dňa . . . . . . . . . . . . . . ., ktorý som Vám predložil dňa . . . . . . . . . . . . . . . na pracovisku, nemôžem ďalej vykonávať svoju prácu bez ohrozenia svojho zdravia.

Pretože ste ma v zákonom stanovenej 15-dňovej lehote nepreradili na inú prácu, rozhodol som sa tento pracovný pomer s Vami skončiť, a tak týmto podľa ustanovenia § 69 ods. 1 písm. a) zákona č. 311/2001 Z. z. – Zákonník práce okamžite končím pracovný pomer zo zdravotných dôvodov.

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

podpis zamestnanca