



**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
**MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW**

Warszawa, dnia .....  
.....  
*Nazwa jednostki organizacyjnej*

**Uzgodnienia w zakresie miejsca pracy zdalnej**

Proszę o zgodę na wykonanie przeze mnie pracy zdalnej pod adresem:

.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica nr domu, nr mieszkania)

w okresie od dnia .....2020 r. do dnia ..... 2020 r.

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
*Podpis pracownika*

**Opinia kierownika jednostki organizacyjnej:**

Wyrażam *zgodę/nie wyrażam zgody\** na świadczenie pracy zdalnej w wyżej wskazanym przez pracownika miejscu, ze względu na:

.....  
.....  
.....  
*podpis kierownika jednostki organizacyjnej*

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\***

.....  
*podpis Prorektora ds. Personalnych i Organizacyjnych*

Objaśnienie:

Miejscem świadczenia pracy zdalnej jest miejsce zamieszkania wskazane przez pracownika w dokumentach kadrowych. Pracownik może świadczyć pracę zdalną w innym miejscu, pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody kierownika jednostki organizacyjnej (mailem), według załączonego wzoru, którą należy przesłać do Sekcji Kadr przed rozpoczęciem świadczenia pracy zdalnej w innym miejscu niż miejsce zamieszkania.

\*niepotrzebne skreślić