



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

Warszawa, dnia .....

.....  
*Nazwa jednostki organizacyjnej*

**Uzgodnienia w zakresie świadczenia pracy w okresie kwarantanny**

Proszę o zgodę na wykonanie pracy w okresie kwarantanny przez:

Panią/Pana .....

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

Uzasadnienie:

.....

.....  
*Podpis kierownika jednostki*

**Zgoda pracownika:**

.....  
*Podpis pracownika*

**Oświadczenie Prorektora ds. Personalnych i Organizacyjnych o wyrażeniu/niewyrażeniu zgody**

Wyrażam *zgodę/nie wyrażam zgody\** na świadczenie pracy w ww. okresie kwarantanny przez ww. pracownika.

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

\*niepotrzebne skreślić