………………………………………  
*miejscowość i data*

…………………………………………   
*Nazwisko i imię pracownika (czytelnie)*

*…………………………………………*   
*stanowisko*

*…………………………………………*   
jednostka organizacyjna

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA WYKONUJĄCEGO PRACĘ ZDALNĄ**

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z:

1. procedurami ochrony danych osobowych podczas wykonywania pracy zdalnej, które obowiązują w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
2. przygotowaną przez pracodawcę oceną ryzyka zawodowego dotyczącą pracy zdalnej,
3. informacją zawierającą zasady bezpiecznego i higienicznego wykonywania pracy zdalnej,

oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że na stanowisku pracy zdalnej w miejscu wskazanym przeze mnie i uzgodnionym z pracodawcą są zapewnione bezpieczne i higieniczne warunki pracy. W przypadku zmiany powyższych okoliczności, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym pracodawcy.

…………………………………………

*podpis pracownika*