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

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

*…………………………………………*   
*stanowisko*

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

**Rektor/ Dyrektor Generalny**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**WNIOSEK O WYKONYWANIE PRACY ZDALNEJ**

Niniejszym wnioskuję o wykonywanie pracy zdalnej

w okresie od dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r. do dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r.

*(nie dłużej niż do końca roku kalendarzowego, na który składany jest wniosek)*

w wymiarze ………………. dni w miesiącu.

*(maksymalnie 6 dni)*

Praca zdalna będzie wykonywana w miejscu zamieszkania/innym miejscu\* tj.

……………………………………………………………………………………………………………………

*(należy podać dokładny adres - miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr budynku, nr lokalu)*

…………………………………………   
*podpis pracownika*

Opinia bezpośredniego przełożonego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
………………………………………………………….  
*(data i podpis bezpośredniego przełożonego)*

Zgoda /brak zgody\*

…………………………………………………….   
*podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej*