………………………………………
*miejscowość i data*

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

*…………………………………………*
*stanowisko*

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

**Rektor/ Dyrektor Generalny**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**WNIOSEK O WYKONYWANIE PRACY ZDALNEJ**

pracownika, o której mowa w art. 6719 § 6 KP

Na podstawie art. 6719 § 6 KP, w związku z przysługującym mi prawem do pracy zdalnej z uwagi na a):

1. pracownica w ciąży;
2. pracownik wychowującego dziecko do ukończenia przez nie 4. roku życia;
3. pracownik sprawujący opiekę nad innym członkiem najbliższej rodziny lub inną osobą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym, posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
4. pracownik, o którym mowa w art. 1421 § 1 pkt 2 i 3 KP, to jest:
5. pracownik-rodzic dziecka posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”(tj. zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu);
6. pracownik-rodzic dziecka legitymującego się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
7. pracownik-rodzic dziecka posiadającego odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe,

wnioskuję o wykonywanie pracy zdalnej:

- bezterminowo / w okresie od dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r. do dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r., jednakże nie dłużej niż w okresie przysługiwania powyższych uprawnień,

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.\*
w przypadku braku zgody należy podać uzasadnienie

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

Potwierdzenie uprawnień:

Pkt 1 – zaświadczenie lekarskie przekazane do Działu Spraw Pracowniczych

Pkt 2 – oświadczenie pracownika przekazane do Działu Spraw Pracowniczych

Pkt 3 i 4 – stosowna decyzja/ zaświadczenie przedstawione do wglądu w Dziale Spraw Pracowniczych