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

**Rektor/ Dyrektor Generalny**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

…………………………………………   
*Nazwisko i imię pracownika*

*…………………………………………*   
*stanowisko*

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

**WNIOSEK PRACODAWCY O ZAPRZESTANIE WYKONYWANIA PRACY ZDALNEJ**

Niniejszym wnioskuję o zaprzestanie wykonywania pracy zdalnej i przywrócenie poprzednich warunków wykonywania pracy od dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r

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

Przywrócenie poprzednich warunków pracy nastąpi:

w powyższym terminie/po upływie 30 dni od dnia złożenia wniosku tj. od dnia \_\_ \_\_.\_\_ \_\_.202\_\_ r \*

…………………………………………………….

*podpis pracownika*