………………………………………
*miejscowość i data*

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

*…………………………………………*
*stanowisko*

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

**Rektor/ Dyrektor Generalny**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**WNIOSEK PRACOWNIKA O ZAPRZESTANIE WYKONYWANIA PRACY ZDALNEJ**

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

…………………………………………
*podpis pracownika*

Opinia bezpośredniego przełożonego:

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

Przywrócenie poprzednich warunków pracy nastąpi:

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

…………………………………………………….

*podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej*