

pieczęć poradni

.....
miejsowość, data

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity na podst. Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w odniesieniu do:

Pani/Pana PESEL

adres zamieszkania

zatrudnionej/ego w

na stanowisku pracy

w oparciu o przeprowadzone badanie lekarskie oraz posiadaną dokumentację, uwzględniając charakter wykonywanej pracy:

- 1) potwierdzam celowość stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo u osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności *
- 2) stwierdzam możliwość odstąpienia od skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo u osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności *
- 3) wyrażam zgodę na odstąpienie od zastosowania art.15 w/w ustawy dotyczącego pracy w *:
 - godzinach nocnych,
 - godzinach nadliczbowych,
 - systemie 12-godzinnym,
 - systemie równoważnym.

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

pieczęć poradni

.....
miejsowość, data

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity na podst. Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, ze zm.), w odniesieniu do:

Pani/Pana PESEL

adres zamieszkania

zatrudnionej/ego w

na stanowisku pracy

w oparciu o przeprowadzone badanie lekarskie oraz posiadaną dokumentację, uwzględniając charakter wykonywanej pracy:

- 1) potwierdzam celowość stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo u osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności *
- 2) stwierdzam możliwość odstąpienia od skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo u osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności *
- 3) wyrażam zgodę na odstąpienie od zastosowania art.15 w/w ustawy dotyczącego pracy w *:
 - godzinach nocnych,
 - godzinach nadliczbowych,
 - systemie 12-godzinnym,
 - systemie równoważnym.

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić