

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) stwierdzam celowość stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo \*
- 2) nie stwierdzam celowości stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo \*
- 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) stwierdzam celowość stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo \*
- 2) nie stwierdzam celowości stosowania skróconej normy czasu pracy, tj. 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo \*
- 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