Warszawa, dnia…………………..

……………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

*……………………………………………………….*

 *(stanowisko)*

**WNIOSEK O PRACĘ ZDALNĄ**

W związku z:

* nałożoną na mnie przez Inspektorat Sanitarny decyzją o kwarantannie domowej,
* nałożoną na osoby mieszkające ze mną przez Inspektorat Sanitarny decyzją o izolacji domowej,
* inne: …………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

wnoszę o wyrażenie zgody na wykonywanie pracy zdalnej w terminie

od …………………..…..…….. do ………………..…..………...

Jednocześnie zobowiązuję się zaprzestać wykonywania pracy zdalnej oraz niezwłocznie poinformować przełożonego w przypadku pogorszenia się stanu mojego zdrowia i braku zdolności do wykonywania pracy zdalnej.

………………………………………………………

Data i podpis pracownika

**Popieram /nie popieram\*)**

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis bezpośredniego przełożonego**

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*)**

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis Dyrektora SLCJ**