

Wniosek o zgodę na niestosowanie skróconych norm czasu pracy

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres zamieszkania]

PESEL: [numer]

Stanowisko: [nazwa stanowiska], [nazwa działu]

Do:

[Imię i nazwisko lekarza albo nazwa placówki medycyny pracy]

lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników

[Adres placówki]

Pracodawca: [nazwa pracodawcy], [adres siedziby]

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA NIESTOSOWANIE SKRÓCONYCH NORM CZASU PRACY

Na podstawie art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wnoszę o wyrażenie zgody na niestosowanie wobec mnie przepisów art. 15 tej ustawy.

Posiadam orzeczenie o [znacznym / umiarkowanym / lekkim] stopniu niepełnosprawności nr [numer] z dnia [data], wydane przez [nazwa zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności]. Orzeczenie przedstawiłem/przedstawiłam pracodawcy w dniu [data]. Kopię orzeczenia załączam.

Zakres wnioskowanej zgody (proszę zaznaczyć):

☐ dobową i tygodniową normą czasu pracy (art. 15 ust. 1 i ust. 2)

☐ zatrudnienie w porze nocnej (art. 15 ust. 3)

☐ zatrudnienie w godzinach nadliczbowych (art. 15 ust. 3)

UZASADNIENIE

Pracuję na stanowisku [nazwa] w [nazwa działu]. Do moich obowiązków należy [krótki opis zadań]. Rozkład czasu pracy obowiązujący na tym stanowisku obejmuje [na przykład zmiany ośmiogodzinne w systemie dwuzmianowym]. Wnoszę o zgodę, ponieważ [na przykład chcę pracować w pełnym rozkładzie zmianowym obowiązującym w zespole albo moje wynagrodzenie jest rozliczane stawką godzinową].

W mojej ocenie stan zdrowia nie stoi na przeszkodzie pracy w wymiarze [na przykład 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo]. Dokumentację medyczną istotną dla oceny przedstawiam w załączeniu i pozostaję do dyspozycji w celu wykonania badania.

Koszty badania, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy, ponosi pracodawca (art. 16 ust. 2 ustawy). O wystawienie rachunku proszę na dane: [nazwa i adres pracodawcy], NIP [numer].

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Skierowanie wystawione przez pracodawcę, jeżeli zostało wydane.
3. Dokumentacja medyczna: [wykaz].

[Podpis]

[Imię i nazwisko]

ADNOTACJA DLA PRACODAWCY

Zaświadczenie lekarskie z dnia [data] o zakresie zgody: [wpisz zakres].

Od dnia [data] rozkład czasu pracy na stanowisku [nazwa] wynosi [liczba] godzin na dobę.

Data i podpis osoby upoważnionej: [.....]