



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

Warszawa, dnia
.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

Uzgodnienia w zakresie świadczenia pracy w okresie kwarantanny

Proszę o zgodę na wykonanie pracy w okresie kwarantanny przez:

Panią/Pana

w okresie od dnia2020 r. do dnia 2020 r.

Uzasadnienie:

.....

.....
Podpis kierownika jednostki

Zgoda pracownika:

.....
Podpis pracownika

Oświadczenie Prorektora ds. Personalnych i Organizacyjnych o wyrażeniu/niewyrażeniu zgody

Wyrażam *zgodę/nie wyrażam zgody** na świadczenie pracy w ww. okresie kwarantanny przez ww. pracownika.

.....
podpis Prorektora ds. Personalnych i Organizacyjnych

*niepotrzebne skreślić