



**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
**MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW**

Warszawa, dnia .....

.....

*Nazwa jednostki organizacyjnej*

**Oświadczenie dotyczące karty RCP**

Oświadczam, że otrzymałam/em indywidualną kartę zbliżeniową do elektronicznej rejestracji czasu pracy, którą zobowiązuję się używać wyłącznie osobiście i zgodnie z jej przeznaczeniem.

Zostałam pouczona/y o:

1. Zakazie udostępniania karty RCP innym osobom w celu zarejestrowania mojego czasu pracy, nieuprawnionego wjazdu na parking, wydruku lub kopiowania dokumentów w urządzeniach centralnego wydruku, niezwiązanych z wykonywaną pracą,
2. Konsekwencjach naruszenia zakazu określonego w pkt. 1 powyżej, związanych z ciężkim naruszeniem obowiązków pracowniczych,
3. Konieczności poniesienia przeze mnie kosztów wydania nowej karty w wysokości 25 zł, w przypadku zniszczenia lub utraty karty.

.....

*Data i podpis pracownika*

.....

*podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej*