



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

Warszawa, dnia .....

.....

*Nazwa jednostki organizacyjnej*

**Oświadczenie dotyczące błędnego zarejestrowania czasu pracy  
w systemie RCP**

Oświadczam, że w dniu .....

nie zarejestrowałem przyścia do pracy

zarejestrowałem błędnie przyście do pracy

z powodu:

.....  
.....  
.....

Na stanowisku pracy byłem/em obecna/y od godz. ....

.....

*Data i podpis pracownika*

Potwierdzam zgodność powyższego oświadczenia ze stanem faktycznym.

.....

*podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej*