



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