



**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 dnia .....2020 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