*…………………………………….*

*(miejscowość i data)*

……………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

*……………………………………………………….*

*(jednostka)*

*……………………………………………………….*

*(stanowisko)*

**OŚWIADCZENIE O PRACY ZDALNEJ**

**PODCZAS IZOLACJI DOMOWEJ**

W związku z nałożoną na mnie przez Inspektorat Sanitarny decyzją o izolacji domowej w terminie od …………………..…..…….. do ………………..…..……….. wnoszę o wyrażenie zgody na wykonywanie pracy zdalnej.

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy zdalnej w wyżej wymienionym okresie.

Jednocześnie zobowiązuję się zaprzestać wykonywania pracy zdalnej oraz niezwłocznie poinformować przełożonego w przypadku pogorszenia się stanu mojego zdrowia i braku zdolności do wykonywania pracy zdalnej.

………………………………………………………

Data i podpis pracownika

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \*)**

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis Dziekana/Kierownika jednostki org. UW**

Pouczenie: pracownik w razie pogorszenia stanu zdrowia, może w każdej chwili wycofać złożony wniosek i zaprzestać wykonywania pracy zdalnej, otrzymuje wówczas w trakcie izolacji wynagrodzenie chorobowe lub zasiłek chorobowy.

……………………………………………………………………………………………………

*Podstawa prawna: art.  4ha ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. poz. 1842 z późn. zm.)*

*\*) niepotrzebne skreślić*