

.....
(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