Łódź, dnia ……....................

…………………………………………………

 *(imię i nazwisko pracownika)*

*………………………………………………..*

 *(stanowisko)*

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA/RODZICA**

**O KORZYSTANIU Z UPRAWNIEŃ ZWIĄZANYCH Z RODZICIELSTWEM**

 Będąc opiekunem dziecka (dzieci)\* do lat 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko dziecka | Data urodzenia |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

🞏 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na pracę powyżej 8 godzin na dobę (dot. systemu równoważnego czasu pracy, systemu skróconego tygodnia pracy, systemu pracy weekendowej) w dniach przedłużonego dziennego wymiaru czasu pracy (art. 148 pkt 3 KP.)

🞏 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na pracę w godzinach nadliczbowych (art. 178 § 2 KP)

🞏 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na pracę w porze nocnej (art. 178 § 2 KP)

🞏 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na pracę w systemie przerywanego czasu pracy (art. 178 § 2 KP)

🞏 wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na delegowanie poza stałe miejsce pracy (art. 178 § 2 KP) \* )

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

*(podpis pracownika)*

\* niepotrzebne skreślić