



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

Warszawa, dnia
.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

Zlecenie pracy w godzinach nadliczbowych

Zlecam wykonanie pracy w godzinach nadliczbowych:

Pani/Panu

w dniu w godzinach:

Uzasadnienie pracy w godzinach nadliczbowych:

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

Sposób rekompensaty pracy w godzinach nadliczbowych (należy zaznaczyć i wypełnić wybraną opcję):

- 1) Udzielenie czasu wolnego od pracy, na pisemny wniosek pracownika, w tym samym wymiarze, co wymiar przepracowanych godzin nadliczbowych:

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie czasu wolnego od pracy
w dniu: w godzinach: od do
w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych.

.....
podpis pracownika

- 2) Udzielenie czasu wolnego od pracy, bez wniosku pracownika, w wymiarze 150% przepracowanych godzin nadliczbowych, nie później niż do końca okresu rozliczeniowego.

- 3) Wynagrodzenie wraz z dodatkiem do wynagrodzenia za pracę wykonywaną w godzinach nadliczbowych, ze względu na brak możliwości oddania czasu wolnego od pracy -

uzasadnienie:

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

.....
Podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej

Zgoda właściwej osoby reprezentującej pracodawcę (wymagana w przypadku, gdy praca w godzinach nadliczbowych jest rekompensowana wynagrodzeniem wraz z dodatkiem; należy zaznaczyć wybraną opcję)

- wyrażam zgodę na wypłatę wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych wraz z dodatkiem
- nie wyrażam zgody na wypłatę wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych wraz z dodatkiem

.....
podpis i pieczęć właściwej osoby reprezentującej pracodawcę

Kontrola czasu pracy:

Potwierdzam wykonanie pracy w godzinach nadliczbowych:

w dniu od godz. do godz.

.....
podpis pracownika

.....
podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej

Potwierdzam dane zarejestrowane w systemie RCP:

w dniu od godz. do godz.

Potwierdzam zgodność z przepisami o czasie pracy

TAK/NIE*

Opis niezgodności

.....
podpis i pieczęć Pracownika Kadr

*niepotrzebne skreślić