Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 6/2020
Dyrektora DPS w Machowinku
z dnia 25.08.2020r

WNIOSEK

o refundacje kosztów zakupu okularów korygujących wzrok

Proszę o zwrot zakupu okularów korygujących wzrok poniesionych w związku ze stwierdzeniem przez lekarza w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej koniecznością wykonywania w nich pracy na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy.

I. Dane dotyczące pracownika

1. Imię i nazwisko .....
2. Stanowisko .....
3. Do wniosku załączam fakturę nr ..... z dnia.....
   wystawioną na pracownika.

.....
(data i podpis pracownika)

Stwierdzam, że Pani/Pan ..... w ramach realizacji obowiązków służbowych użytkuje / nie użytkuje* w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy.

.....
(data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Stwierdzam, ze zaświadczenie lekarskie potwierdzające możliwości podjęcia przez pracownika pracy na danym stanowisku zawiera/ nie zawiera* zalecenia wykonywania pracy w okularach

.....
(data i podpis
pracownika ds. organizacyjnych i kadr)

II. Wnioski pracownika ds. BHP:

Ww. osoba spełnia/nie spełnia* warunki do pokrycia kosztów zakupu okularów określonych w § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. z 1998 roku Nr 148 poz. 973) w wysokości 350 złotych brutto zgodnie z Zarządzeniem Nr 6/2020 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Machowinku z dnia 25.08.2020r.

.....
(data i podpis pracownika ds. BHP)

III. Decyzja pracodawcy:

Akceptuję/nie akceptuję* przedłożony wniosek.

.....
(data i podpis pracodawcy)

* niewłaściwe skreślić