

.....

..

(miejscowość, data)

.....

.....

.....

Do:lek

.....

..... (imię i
nazwisko lekarza)

Wniosek o wyłączenie stosowania art.15 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Niniejszym oświadczam, że posiadam orzeczenie o _____

Stopniu niepełnosprawności wydane przez _____

W dniu _____. Zgodnie z art. 16& 1pkt 2. Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 11 maja 2011r. (dz.U. nr 127, poz 721) zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wyłączenie stosowania wobec mnie art. 15 ww.ustawy, tj. o wyrażenie zgody na prace¹:

- Powyżej 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo²,
- Powyżej 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo³,

Oraz na pracę w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych w trakcie mojego zatrudnienia w Randstad Polska Sp. z o.o. dla Amazon Fulfillment Poland sp. Z o.o na stanowisku pracownika magazynowego ds. logistycznych.

.....

..... (data i
podpis pracownika)

¹niepotrzebne skreślić

²dotyczy osób o lekkim stopniu niepełnosprawności

³dotyczy osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności