

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania)

**Do:** lekarza Medycyny Pracy  
realizującego profilaktyczną opiekę zdrowotną  
nad pracownikami Amazon

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

Niniejszym oświadczam, że posiadam orzeczenie o lekkim/umiarkowanym/znacznym<sup>1</sup> stopniu niepełnosprawności. Zgodnie z art. 16 § 1 pkt 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. zwracam się prośbą o wyrażenie zgody na wyłączenie stosowania wobec mnie art. 15 ww. ustawy we wskazanym poniżej zakresie.

<b>Wniosuję o wyrażenie zgody na (wybierz wszystkie punkty, o które wnioskujesz):</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>wykonywanie przeze mnie pracy powyżej 8h na dobę / 40h tygodniowo – art. 15 ust. 1 ustawy o rehabilitacji<sup>2</sup></b>
<input type="checkbox"/>	<b>wykonywanie przeze mnie pracy powyżej 7h na dobę / 35h tygodniowo – art. 15 ust. 2 ustawy o rehabilitacji<sup>3</sup></b>
<input type="checkbox"/>	<b>wykonywanie przeze mnie pracy w godzinach nadliczbowych – art. 15 ust. 3 ustawy o rehabilitacji<sup>2</sup></b>
<input type="checkbox"/>	<b>wykonywanie przeze mnie pracy w porze nocnej – art. 15 ust. 3 ustawy o rehabilitacji<sup>2</sup></b>

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika)

1. zaznaczyć właściwe
2. dotyczy osób z lekkim, umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności
3. dotyczy tylko osób z umiarkowanym/znacznym stopniem niepełnosprawności