Załącznik nr 1 do Zarządzenia

Nr B.120.65.2020

Wschowa, dnia………………..

………………………………

Komórka Organizacyjna

Pan/Pani

………………………………

(imię i nazwisko pracownika)

……………………………….

(stanowisko)

# POLECENIE PRACY ZDALNEJ

Na podstawie art. 3 ustawy z 15 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374 ze zm.),   
w związku z Zarządzeniem Nr B.120.65.2020 Burmistrza Miasta i Gminy Wschowa w sprawie zasad organizacji pracy zdalnej w Urzędzie Miasta i Gminy Wschowa, w dniu/dniach ………………………………………………..polecam Panu/Pani wykonywanie pracy zdalnej.

Praca zdalna będzie wykonywana w miejscu zamieszkania/innym miejscu pobytu\* znajdującym się pod adresem (miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

…………………………………………………………………………………………………..

Wszystkie dotychczasowe obowiązki wynikające z umowy o pracę i zakresu obowiązków, poza osobistymi spotkaniami z klientami, będzie Pan/Pani realizować korzystając z zapewnionych narzędzi pracy, takich jak:

(wymienić należy m.in. sprzęt wraz z podaniem nr seryjnych)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

W wskazanym powyżej okresie, kontakt z pracodawcą powinien odbywać się za pomocą środków porozumiewania się na odległość, w szczególności poprzez rozmowy telefoniczne oraz wiadomości e-mail.

W okresie świadczenia pracy zdalnej jest Pan/Pani zobowiązany(-a) do potwierdzania obecności, poprzez wysłanie wiadomości na dres e-mail bezpośredniego przełożonego oraz ewidencjonowania godzin wykonywanej pracy i przekazania tej ewidencji pracodawcy niezwłocznie po zakończeniu wykonywania pracy zdalnej.

……….………………………………...

Podpis bezpośredniego przełożnego

Przyjmuję do wiadomości polecenie pracy zdalnej.

…………………………………………………….

Załącznik nr 2 do zarządzenia

Nr B.120.65.2020

**Ewidencja czasu pracy**

Nazwisko i imię pracownika……………………………………………………..

Nazwa Komórki Organizacyjnej: ……………..,………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Godziny pracy (od – do) | Podpis pracownika |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Potwierdzam wykonywanie pracy

…………………………………..

Podpis bezpośredniego przełożonego