|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**  **potwierdzające zapewnienie odpowiednich warunków pracy podczas pracy zdalnej** | | |
|  | | |
| (imię i nazwisko pracownika) | | |
|  | | |
| (nazwa pracodawcy) | | |
| Potwierdzam, że na stanowisku pracy zdalnej w miejscu wskazanym i uzgodnionym z pracodawcą są zapewnione bezpieczne i higieniczne warunki tej pracy. | | |
|  | | |
|  | | |
| (adres świadczenia pracy) | | |
| Pracodawca poinformował mnie ponadto o zagrożeniach występujących na moim stanowisku pracy oraz o sposobach zmniejszania ryzyka zawodowego. | | |
|  |  |  |
| (data i miejsce) |  | (podpis pracownika) |