Załącznik nr 1

do Zarządzenia nr 5/2024 Rektora ASP w Krakowie

z dnia 20.02.2024

**WNIOSEK**

o zwrot kosztu zakupu okularów/szkieł kontaktowych\* korygujących wzrok stosowanych podczas pracy przy monitorach ekranowych

Imię i nazwisko, jednostka organizacyjna

……………………………………………………………………………………………………………

Proszę o zwrot kosztu zakupu okularów/szkieł kontaktowych\* korygujących wzrok stosowanych podczas pracy przy monitorach ekranowych. Oświadczam, że będę ich używał zgodnie z zaleceniem.

Załączam zaświadczenie/orzeczenie zawierające zalecenie lekarskie w sprawie potrzeby stosowania okularów/szkieł kontaktowych\* korygujących wzrok stosowanych podczas pracy przy monitorach ekranowych.

Przedkładam do wglądu fakturę zakupu okularów/szkieł kontaktowych\* i zobowiązuję się przechowywać ją przez okres 5 lat kalendarzowych następujących po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym otrzymam zwrotu kosztu.

………………………………………

data i podpis pracownika

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Na podstawie akt osobowych:

a) *Potwierdzam\* / Nie potwierdzam*\*, że skierowanie na badania profilaktyczne z dnia ………………………………… uwzględniało jako jeden z uciążliwych warunków pracy obsługę monitora ekranowego powyżej połowy dobowego wymiaru czasu pracy.

b) *Potwierdzam\* / Nie potwierdzam\*,* że aktualny zakres zadań pracownika wymaga obsługi monitora ekranowego powyżej połowy dobowego wymiaru czasu pracy.

2. Na podstawie przedłożonej do wglądu faktury nr …………… z dnia ……………………

wystawionej przez …………………………………………………………………………….

potwierdzam wydatek kwoty (słownie) ……………………………………………… złotych na zakup przez pracownika okularów korekcyjnych/szkieł kontaktowych\*.

*\* niepotrzebne skreślić*

………………………………………

data i podpis pracownika DK

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Zatwierdzam zwrot kosztu zakupu okularów/szkieł kontaktowych\* korekcyjnych w kwocie …………………..\*/*

*Nie wyrażam zgody na zwrot kosztów zakupu okularów korekcyjnych.\**

*\* niepotrzebne skreślić*

………………………………………

data i podpis Rektora/Kanclerza