

....., dnia 2017 r.
(miejsowość)

Dyrektor Szpitala

w

ul.

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
O COFNIĘCIU ZGODY NA PRACĘ W WYMIARZE PRZEKRACZAJACYM
48 GODZIN TYGODNIOWO**

Na podstawie art. 96 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638) niniejszym cofam udzieloną uprzednio zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w okresie rozliczeniowym (klauzula opt-out).

Wypowiedzenie klauzuli opt-out następuje z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na dzień 1 stycznia 2018 r.

imię i nazwisko

.....

(podpis)