Załącznik do Zarządzenia nr 33/2018

z dnia 25 października 2018 roku

**…………………………………. ………………………………….**

**(imię i nazwisko pracownika) (miejscowość, data)**

**………………………………….**

**………………………………….**

**(stanowisko)**

**………………………………….**

**………………………………….**

**………………………………….**

**(nazwa i adres pracodawcy)**

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW ZAKUPU OKULARÓW/SOCZEWEK KONTAKTOWYCH\* KORYGUJĄCYCH WZROK PODCZAS PRACY PRZY OBSŁUDZE MONITORA EKRANOWEGO**

Proszę o refundację części kosztów zakupu okularów/soczewek kontaktowych\* korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

Potwierdzam iż okulary/soczewki kontaktowe\* korygujące wzrok zostały zakupione w oparciu o orzeczenie/ zaświadczenie lekarskie lekarza medycyny pracy w ramach profilaktycznych badań lekarskich lub w oparciu o zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę z przychodni lekarskiej, mającej zawartą/podpisaną umowę z Akademią Sztuk Pięknych w Warszawie\*\*.

Potwierdzam iż okulary/soczewki kontaktowe\* korygujące wzrok zostały zakupione w oparciu o zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę z przychodni lekarskiej, mającej zawartą/podpisaną umowę z Akademią Sztuk Pięknych w Warszawie\*\*.

Oświadczam, iż poprzedni wniosek o zwrot kosztów zakupu okularów/soczewek kontaktowych\* korygujących wzrok złożyłem/am w dniu …………………..…… (dzień, miesiąc, rok)

**Załączniki:**

1. **Dowód zakupu (faktura / rachunek) okularów/soczewek kontaktowych\* korygujących wzrok**
2. **Orzeczenie/ zaświadczenie lekarskie lekarza medycyny pracy w ramach profilaktycznych badań lekarskich\*\***
3. **Zaświadczenie wydane przez lekarza okulistę z przychodni lekarskiej, mającej zawartą/podpisaną umowę z Akademią Sztuk Pięknych w Warszawie\*\*.**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

 **(data i podpis pracownika)**

**\* Niepotrzebne skreślić**

**\*\* Zaznaczyć odpowiedni rodzaj dokumentu**

**ZATWIERDZENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dział Kadr i Płac: | data: |
| BHP: | data: |
| Kanclerz: | data: |
| Kwestor: | data: |