Olsztyn, dn. .....................................

....................................................................

*(nazwisko i imię Pracownika)*

....................................................................

*(jednostka organizacyjna IRZiBŻ PAN)*

**Kierownik Zakładu/Działu/Sekcji**

**WNIOSEK O SKRÓCONY CZAS PRACY W PIĄTKI**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na skrócony czas pracy w piątki w okresie **od 1 lipca do 30 sierpnia 2024 r.,** co zrównoważę wcześniejszym rozpoczęciem pracy w dniach:

pon. wt. śr. czw.

*\*należy zaznaczyć dni, w których rozpoczynamy pracę wcześniej*

w godzinach:

.........................................................................................................................................................

*(należy wskazać godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy)*

.................................................... ......................................................................

(podpis Pracownika) (podpis Kierownika Zakładu/Działu/Sekcji)