

....., dnia 2017 r.

(miejsowość)

Dyrektor Szpitala

w

ul.

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
O PRACY W WYMIARZE DO 48 GODZIN TYGODNIOWO**

Niniejszym deklaruję, że od dnia bieżącego będę pracował(a) w wymiarze nie przekraczającym 48 godzin tygodniowo.

imię i nazwisko

.....

(podpis)