

**ZESPÓŁ KSZTAŁCENIA I WYCHOWANIA
W KOCZALE**

**Zarządzenie Nr 13/2022
Dyrektora Zespołu Kształcenia i Wychowania w Koczale
z dnia 03 listopada 2022 r.**

w sprawie zmiany w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 3/2016 Dyrektora Zespołu Kształcenia i Wychowania w Koczale z dnia 03.11.2016 r.

Na podstawie § 8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. z 1998 r. Nr 148 poz. 973) zarządzam co następuje:

§ 1. Zmienia się załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 3/2016 Dyrektora Zespołu Kształcenia i Wychowania w Koczale z dnia 03.11.2016 r.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Koczała, 03.11.2022 r.

**Dyrektor Zespołu
Kształcenia i Wychowania
/-/mgr Wiesława Lisek-Fronczak**

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 3/2016
Dyrektora Zespołu Kształcenia i Wychowania
z dnia 3 listopada 2016 r.

Wniosek o zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok

Dane pracownika Zespołu Kształcenia i Wychowania

- 1) Imię i nazwisko
- 2) Stanowisko

Proszę o zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

Do wniosku dołączam:

- kopię dokumentu wydanego przez lekarza stwierdzającego potrzebę stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego z dnia
- fakturę (rachunek) dokumentującą zakup okularów z dnia wystawioną na:

Nabywca: Gmina Koczała, ul. Człuchowska 27, 77-220 Koczała, NIP: 843-15-27-934

Odbiorca: Zespół Kształcenia i Wychowania, ul. Szkolna 16, 77-220 Koczała

z dopiskiem imienia i nazwiska pracownika

.....
(data i podpis pracownika)

Wypełnia bezpośredni przełożony:

Pan/i jest zatrudniony/a na okres dłuższy
niż 6 miesięcy/na czas nieokreślony* na stanowisku
..... i wykonuje pracę przy komputerze co najmniej
połowę dobowego wymiaru czasu pracy. Wynik badania okulistycznego wykazał potrzebę
stosowania okularów korekcyjnych podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

.....
(Data i podpis)

ZATWIERDZAM

.....
(Data i podpis pracodawcy)

* (niepotrzebne skreślić)