Załącznik nr 1 do Porozumienia w sprawie zasad wykonywania pracy zdalnej w UJ CM z dnia 24 kwietnia 2024 r.

…..........................................

*Imię i nazwisko pracownika*

..…........................................

# jednostka organizacyjna

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

**W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM PRACY ZDALNEJ**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Porozumieniem w sprawie zasad wykonywania pracy zdalnej w UJ CM obowiązującym w dacie podpisania niniejszego pisma i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Oświadczam, że posiadam warunki lokalowe i techniczne do wykonywania pracy zdalnej. Zostałem poinformowany, iż w przypadku zmiany warunków lokalowych i technicznych uniemożliwiającej wykonywanie pracy zdalnej jestem zobowiązany poinformować o tym niezwłocznie pracodawcę, który w takim przypadku cofa polecenie wykonywania pracy zdalnej.
3. Miejsce wykonywania pracy zdalnej:

Nr 1) …………………………………………………………………...…………………...……..

Nr 2) …………………………………………………………………...……………………….....

Nr 3) …………………………………………………………………...………………………….

*kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania*

1. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z przygotowaną przez pracodawcę oceną ryzyka zawodowego oraz informacją zawierającą zasady bezpiecznego i higienicznego wykonywania pracy zdalnej oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Potwierdzam, że na stanowisku pracy zdalnej w miejscu wskazanym przeze mnie i uzgodnionym z pracodawcą są zapewnione bezpieczne i higieniczne warunki pracy.
3. Potwierdzam zapoznanie się z procedurami ochrony danych osobowych oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.
4. Dysponuję sprzętem komputerowym do pracy zdalnej\*:

  **służbowym**

  **prywatnym - wymagana opinia Ośrodka Komputerowego CM\*:**

  **pozytywna**

  **negatywna**

…………..…..…..…………….......

 *podpis i pieczęć pracownika OK CM*

1. Potwierdzenie zapoznania się z oceną ryzyka zawodowego oraz informacją zawierającą zasady bezpiecznego i higienicznego wykonywania pracy zdalnie przez Inspektorat BHP CM\*:

 **potwierdzam**

 **brak zapoznania się z oceną ryzyka zawodowego lub z informacją o zasadach bhp**

……….…..…..…..……………..

*podpis i pieczęć pracownika Inspektoratu BHP CM*

1. **Zobowiązuję się w terminie 7 dni zgłosić w DSO CM każdą zaistniałą zmianę.**

…………..……...……………..

*data i podpis pracownika*

 **Wyrażam zgodę/nie wyrażam** **zgody**\* na wykonywanie pracy zdalnej.

……..…….……..…..……………..

*Prorektor ds. CM/Z-ca Kanclerza ds. CM*

# \* Zaznaczyć właściwe