Załącznik nr 1

do Zarządzenia Nr 49/2019

z dnia 25 czerwca 2019 r.

**Wniosek**

**o dofinansowanie zakupu okularów korygujących wzrok**

**do pracy przy obsłudze monitorów ekranowych**

**1. Dane pracownika**

Imię i nazwisko pracownika

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

Wydział: ...............................................Stanowisko: ..................................................................

Proszę o refundację części kosztów zakupu okularów korygujących/ soczewek kontaktowych\* do pracy przy obsłudze monitora. Okulary korygujące/ soczewki kontaktowe\* zostały zakupione w oparciu o zalecenie lekarza medycyny pracy w ramach badań profilaktycznych.

…………………………………

(data i podpis pracownika)

Załączniki:

1. Faktura vat

2. Zaświadczenie lekarskie

**2. Opinia przełożonego**

Potwierdzam, że Pan/Pani\*.......................................................................................................... jest pracownikiem zatrudnionym na stanowisku komputerowym i użytkuje w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę swojego dobowego wymiaru czasu pracy tj. 4 godziny.

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

(pieczęć i podpis przełożonego)

(Wniosek opiniuje bezpośredni przełożony a w przypadku Naczelników - Sekretarz Powiatu)

**3. Opinia służby bezpieczeństwa i higieny pracy**

Potwierdzam, że Pan/Pani\*..................................... .......................................................................... spełnia warunki do dofinansowania zakupu okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych\*', w wysokości ................. zł., zgodnie z zarządzeniem Nr .................... Starosty Skarżyskiego z dnia ....................

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

(pieczęć i podpis)