

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko doktoranta IF PAN)

.....
(komórka organizacyjna)

**WNIOSEK DLA DOKTORANTA, DOKTORANTA MSD,
O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEBYWANIE
NA TERENIE IF PAN**

1. W PORZE NOCNEJ TJ. W GODZINACH OD 22.00 DO 6.00 *
2. W SOBOTY, NIEDZIELE LUB ŚWIĘTA I INNE DODATKOWE DNI WOLNE *

Niniejszym zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przebywanie na terenie Instytutu w godzinach.....w dniu/dniach.....w pokoju/laboratoriumbudynek.....tel.:.....

Uzasadnienie wniosku

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

Przebywanie na terenie IF PAN w porze nocnej wymaga asekuracji pracownika, którym będzie:

.....
Akceptacja Opiekuna Naukowego

Akceptacja Kierownika Oddziału/Laboratorium Instytutu.....

Zgoda Dyrektora/Zastępcy Dyrektora Instytutu

Weryfikacja BHP:

data ważności badań medycyny pracy dopuszczających **doktoranta** do przebywania w IF PAN w porze nocnej.....

UWAGA: wymagane jest każdorazowe wpisanie się w książce ewidencji osób, wyłożonej w pomieszczeniu portierni IF PAN.

* Niepotrzebne skreślić

Buciniak