IKW-03-02

Koszalin, dn. ………………….

……………………………………………… pieczęć firmy

Państwowa Inspekcja Pracy Okręgowy Inspektorat Pracy w Szczecinie Oddział w Koszalinie ul. Piłsudskiego 55

 **WNIOSEK**

W związku z zatrudnieniem Pani/Pana(………………………………………………………………) wpisać imię i nazwisko pracownika

będącego/będącej osobą niepełnosprawną ze stopniem (……………………………………………)

 wpisać stopień niepełnosprawności – umiarkowany lub znaczny

na stanowisku……………………………………………………………., zwracam się z prośbą o wydanie opinii w trybie art. 4 ust. 5 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – na temat dostosowania stanowiska pracy do potrzeb wymienionego wyżej pracownika.

Osobą upoważnioną do kontaktu z inspektorem PIP jest Pan/Pani…………………………………………..

Tel……………………………….

 Z poważaniem

 …………………………………… pieczęć imienna i podpis