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

*(miejscowość, data)*

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

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

*(Imię i Nazwisko, Adres)*

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

*(Nr telefonu)*

Starostwo Powiatowe w Wąbrzeźnie

Wydział Organizacyjny

ul. Wolności 44

87-200 Wąbrzeźno

WNIOSEK

o udostępnienie dokumentacji przechowywanej w archiwum zakładowym Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji płacowo-osobowej *(określić jakie dokumenty np. kartoteki wynagrodzeń, świadectwa pracy, listy płac, itp.)* przejętej przez Starostwo Powiatowe w Wąbrzeźnie z chwilą likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wąbrzeźnie.

Daty skrajne dokumentacji: …………………………….. .

Cel i uzasadnienie udostępnienia dokumentacji: ………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Sposób udostępnienia dokumentacji: kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem.

Forma przekazania dokumentacji:\*

**** odbiór osobisty przez wnioskodawcę,

**** przesłanie informacji pocztą tradycyjną na podany adres:

…………………………………………………………………...............................................\*\*

*\* proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem*

*\*\* wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej*

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

*(podpis wnioskodawcy)*

Potwierdzam:

□ odbiór wskazanej we wniosku dokumentacji ……………………………………………….

*(data, podpis wnioskodawcy)*