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

*(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)*