Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование работодателя)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность и Ф.И.О. работника)

О сверхурочной работе

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, занимающая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и являющаяся инвалидом \_\_ группы, согласна на привлечение к сверхурочной работе в нерабочий (выходной, праздничный) день \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с \_\_\_\_ до \_\_\_\_. В соответствии с моей индивидуальной программой реабилитации (ИПР), выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(орган медико-социальной экспертизы)

указанная работа не запрещена мне по состоянию здоровья.

С правом отказаться от сверхурочной работы на основании ч. 5 ст. 99 ТК РФ ознакомлена

 Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)