

Kartuzy,

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

**WNIOSEK
o udzielenie zwolnienia od pracy:**

Proszę o udzielenie zwolnienia od pracy:

1) z powodu działania siły wyższej z zachowaniem 50% wynagrodzenia :

w dniu w wymiarze
(wpisać ilość godzin)

cały dzień
(wpisać dzień kalendarzowy)

2) z powodu osobistej opieki nad członkiem rodziny lub osobie wymagającej wsparcia i opieki pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym – bez wynagrodzenia

w dniu
(wpisać dzień kalendarzowy)

a)
(przyczyna konieczności zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia przez pracownika w przypadku członka rodziny: syna, córki, matki, ojca lub małżonka)

b)
(imię i nazwisko osoby, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych lub innej sytuacji kryzysowej)

c)
(adres zamieszkania osoby będącej krewną lub pozostającą w tym samym gospodarstwie domowym)

.....
(podpis pracownika)

Zgoda przełożonego.....