…………., ……… 20.... r.

(miejscowość, data)

……...……………………….

(imię i nazwisko pracownika)

………………………………

(dział)

………………………………

(stanowisko)

……………………………………

(oznaczenie pracodawcy)

Wniosek o zwolnienie od pracy   
w związku z działaniem siły wyższej

Na podstawie art. 1481 § 3 Kodeksu pracy, wnoszę o udzielenie mi zwolnienia od pracy

z powodu ………………………………………………………………………………………….

(określić rodzaj siły wyższej, fakt choroby lub wypadku   
w związku z którym niezbędna jest natychmiastowa obecność pracownika)

Proszę o udzielenie zwolnienia od pracy w wymiarze\*:

……………………….. dni, od dnia ……………………….. do dnia ………………………..\*\*

(podać liczbę dni – maksymalnie

2 dni w roku kalendarzowym)

……………………….. godzin, w dniu …………od godz.….. do godz. …………………….\*\*

(podać ilość godzin – maksymalnie   
 16 godz. w roku kalendarzowym)

……………………….

(podpis pracownika)

Wyrażam zgodę

.........……………………………................ (data i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

----

\* O sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy – w dniach albo godzinach – decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.

\*\* właściwie zaznaczyć