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

(imię i nazwisko pracownika) (miejscowość i data)

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

(miejsce pracy)

**UNIWERSYTET OPOLSKI**

**Wniosek o udzielenie urlopu opiekuńczego**

Na podstawie art. 1731 K.p. wnoszę o udzielenie mi urlopu opiekuńczego

w wymiarze: ………..…… dni/dnia tj. od dnia …………………………do dnia…………………………

Oświadczam, że:

1) Chcę skorzystać z urlopu opiekuńczego w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia

z poważnych względów medycznych: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(imię i nazwisko osoby wymagającej opieki/wsparcia)

2) Osoba wskazana w pkt 1 wniosku pozostaje ze mną:

 w stosunku pokrewieństwa\*: syn / córka / matka / ojciec / małżonek\*

(stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)

 nie pozostaje w stosunku pokrewieństwa i zamieszkuje pod adresem:

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

(adres zamieszkania)

3) Przyczyną konieczności zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie wskazanej

w pkt 1 wniosku jest: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

 (przyczyna konieczności zapewnienia opieki/wsparcia z poważnych względów medycznych)

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

(podpis pracownika)

\* niepotrzebne skreślić

 zaznaczyć właściwe