…………., ……… 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