

Radom, dnia.....

Nazwisko i imię

Wydział

Stanowisko

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE OD PRACY
Z POWODU DZIAŁANIA SIŁY WYŻSZEJ W PILNYCH SPRAWACH RODZINNYCH
SPOWODOWANYCH CHOROBY LUB WYPADKIEM, JEŻELI JEST NIEZBĘDNA
NATYCHMIASTOWA OBECNOŚĆ PRACOWNIKA**

Deklaruję chęć wykorzystania zwolnienia od pracy w roku w wymiarze 2 dni / 16 godz. *)

Proszę o udzielenie mi zwolnienia od pracy:

- w okresie od dnia.....do dnia..... *)

- w dniu.....w godzinach:..... *)

Przyczyną zwolnienia od pracy jest działanie siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą / wypadkiem. *)

.....
(podpis pracownika)

- W okresie tego zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia.
- O sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy, decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.
- Pracownikowi przysługuje w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy, w wymiarze 2 dni albo 16 godzin, z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli jest niezbędna natychmiastowa obecność pracownika.

.....
(podpis pracownika)

Udzielam zwolnienia:

.....
(podpis Dyrektora)

.....
***) Niepotrzebne skreślić.**