

Radom, dnia

Nazwisko i imię

Wydział

Stanowisko

WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU OPIEKUŃCZEGO

Proszę o udzielenie mi urlopu opiekuńczego w okresie od dnia
do dnia

Imię i nazwisko osoby, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych
względów medycznych

Przyczyna konieczności zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia:
.....
.....

W przypadku członka rodziny - stopień pokrewieństwa z pracownikiem
.....

W przypadku osoby niebędącej członkiem rodziny - adres zamieszkania tej
osoby

.....
(podpis pracownika)

- W okresie urlopu opiekuńczego pracownik nie zachowuje prawa do wynagrodzenia.
- Za członka rodziny uważa się: syna, córkę, matkę, ojca lub małżonka.
- Pracownikowi przysługuje w ciągu roku kalendarzowego urlop opiekuńczy, w wymiarze 5 dni.

.....
(podpis pracownika)

Wyrażam zgodę na udzielenie urlopu opiekuńczego:

.....
(podpis Dyrektora)