

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

Zarząd/Dyrektor/Kierownik *
jednostka organizacyjna

W dniach

w wymiarzednia/dni / godziny/godzin*

(pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz pracownicy MCh podają urlop w godzinach):

proszę o udzielenie:

- urlopu wypoczynkowego,
- urlopu na żądanie,
- urlopu dodatkowego z tytułu niepełnosprawności,
- urlopu szkolnego,
- urlopu bezpłatnego,
- zwolnienia od pracy dla wychowujących dziecko do lat 14,

urlopu okolicznościowego z tytułu

zwolnienia od pracy z tytułu
dot. Rozporządzenia w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy

*w celu wykonania badań specjalistycznych / turnusu rehabilitacyjnego**
dot. Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Stwierdzam zgodność z aktem / zaświadczeniem* nr

z dnia Podpis osoby upoważnionej

Dotyczy: Dyrektorów, Kierowników, pracowników BOP

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie :

Przyjmuję do wiadomości:
(czytelny podpis pracownika, który zastąpi nieobecnego pracownika w pracy)

.....
(podpis pracownika)

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

Zarząd/Dyrektor/Kierownik *
jednostka organizacyjna

W dniach

w wymiarzednia/dni / godziny/godzin*

(pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz pracownicy MCh podają urlop w godzinach):

proszę o udzielenie:

- urlopu wypoczynkowego,
- urlopu na żądanie,
- urlopu dodatkowego z tytułu niepełnosprawności,
- urlopu szkolnego,
- urlopu bezpłatnego,
- zwolnienia od pracy dla wychowujących dziecko do lat 14,

urlopu okolicznościowego z tytułu

zwolnienia od pracy z tytułu
dot. Rozporządzenia w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy

*w celu wykonania badań specjalistycznych / turnusu rehabilitacyjnego**
dot. Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Stwierdzam zgodność z aktem / zaświadczeniem* nr

z dnia Podpis osoby upoważnionej

Dotyczy: Dyrektorów, Kierowników, pracowników BOP

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie :

Przyjmuję do wiadomości:
(czytelny podpis pracownika, który zastąpi nieobecnego pracownika w pracy)

.....
(podpis pracownika)

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(podpis i pieczęć bezpośredniego przełożonego)