*(imię i nazwisko) (miejscowość i data)*

*(stanowisko)*

*(jednostka organizacyjna).*

Uniwersytet Gdański

80-309 Gdańsk

ul. Jana Bażyńskiego 8

**WNIOSEK O UDZELENIE CZEŚCI URLOPU MACIERZYŃSKIEGO**

**PRZED PRZWIDYWANĄ DATĄ PORODU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie mi urlopu macierzyńskiego przed przewidywaną

datą porodu od dnia w wymiarze tygodni.

*(maksymalnie 6 tygodni)*

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

*(podpis pracownika)*

|  |  |
| --- | --- |
| *.........................................................................................................................*  *podpis bezpośredniego przełożonego* | *.......................................................................................................................*  *podpis przełożonego wyższego szczebla* |
| *.........................................................................................................................*  *decyzja Rektora/ Dyrektor CSP* | |

*Załącznik do wniosku:*

1. Kopia zaświadczenia lekarskiego określającego przewidywaną datę porodu.