**WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU DLA PORATOWANIA ZDROWIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Jednostka organizacyjna |  |

Na podstawie art. 131 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2018r. w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczycielowi akademickiemu na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. 2018 poz. 1868) **proszę o wydanie skierowania na badania lekarskie** a następnie, w przypadku uzyskania orzeczenia,udzielenie mi urlopu dla poratowania zdrowia.

Jednocześnie oświadczam, że w czasie korzystania z płatnego urlopu dla poratowania zdrowia nie będę wykonywać pracy zarobkowej ani prowadzić działalności gospodarczej.

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

*podpis pracownika*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *podpis bezpośredniego przełożonego* | *podpis Dziekana/Dyrektora Jednostki Ogólnouczelnianej* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POŚWIADCZNIE PRZEZ DZIAŁ KADR** | | | | | |
| Staż pracy w Uczelni |  | | | | |
| Zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy\* |  | **TAK** | | | |
|  | **NIE** | | | |
| Pracownik\* |  | **KORZYSTAŁ** | | z w/w urlopu | |
|  | **NIE KORZYSTAŁ** | |
| W terminie | od dnia | |  | do dnia |  |
| Łącznie przez okres |  | | |  | |
| Pozostało do wykorzystania |  | | |
|  | | | |
| *data, pieczęć i podpis*  *pracownika Działu Kadr* | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECYZJA REKTORA** | |
|  | **Wyrażam zgodę** na wydanie skierowania\* |
|  | **Nie wyrażam zgody** na wydanie skierowania\* |
|  | |
| *data, pieczątka i podpis* ***REKTORA*** | |