**WNIOSEK O ZWOLNIENIE OD PRACY Z POWODU DZIAŁANIA SIŁY WYŻSZEJ**

**na podstawie art. 1481 K. p.**

(wraz z deklaracją o sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy)

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

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

Wnoszę o udzielenie mi zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej **z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| w dniu |  | liczba |  | dni/godzin\* |

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam również, iż w roku zamierzam wykorzystać przysługujące mi zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej w wymiarze

|  |  |
| --- | --- |
|  | dniowym (2 dni)\*\* |
|  | godzinowym (16 godzin)\*\* |

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

*podpis pracownika*

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

*podpis bezpośredniego przełożonego*

*\*) Niepotrzebne skreślić*

*\*\*) Właściwe zaznaczyć*

*.......................................................................................................................................................................****odciąć***

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE OD PRACY Z POWODU DZIAŁANIA SIŁY WYŻSZEJ**

**na podstawie art. 1481 K. p.**

(wraz z deklaracją o sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy)

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

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

Wnoszę o udzielenie mi zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej **z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| w dniu |  | liczba |  | dni/godzin\* |

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam również, iż w roku zamierzam wykorzystać przysługujące mi zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej w wymiarze

|  |  |
| --- | --- |
|  | dniowym (2 dni)\*\* |
|  | godzinowym (16 godzin)\*\* |

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

*podpis pracownika*

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

*podpis bezpośredniego przełożonego*

*\*) Niepotrzebne skreślić*

*\*\*) Właściwe zaznaczyć*