**WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU DLA PORATOWANIA ZDROWIA**

**na podstawie art. 131 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce** (Dz.U. z 2023 poz.742. ze zm.)

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

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

Jego Magnificencja Rektor   
UNIWERSYTETU GDAŃSKIEGO

Proszę o **wydanie skierowania na badania lekarskie** a następnie, w przypadku uzyskania orzeczenia,udzielenie mi urlopu dla poratowania zdrowia.

Oświadczam, że w okresie całego mojego zatrudnienia w charakterze nauczyciela akademickiego (*dot. wyłącznie nauczyciela akademickiego, którego poprzednim miejscem pracy była uczelnia)\*:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **nie korzystałem(am)** | | | |
|  | **korzystałem(am)** z urlopu dla poratowania zdrowia w okresie |  | - |  |

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* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***POŚWIADCZENIE PRZEZ DZIAŁ KADR*** | | | | | | | | | | |
| *Wiek na dzień składania wniosku* | | | | |  | lat | | | | |
| *Staż pracy w Uczelni* | | | | |  | lat |  | miesięcy |  | dni |
| *Zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy\** | | | | | | |  | **TAK** |  | **NIE** |
| *Pracownik\** |  | **NIE KORZYSTAŁ** | | |  | **KORZYSTAŁ** | | z ww. urlopu w trakcie zatrudnienia w UG | | |
| *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, pieczęć i podpis* ***REKTORA*** | |