Siedlce, dnia ...............................................

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

(imię i nazwisko)

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

(komórka organizacyjna)

Uniwersytet w Siedlcach
w / m

WNIOSEK
o udzielenia zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej

Na podstawie art. 1481 KP proszę o udzielenie zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem
z zachowaniem prawa do połowy wynagrodzenia w okresie
od **………………………**  do **………………………..** w ilości ...............godzin\* / dni\*

Oświadczam, że moja natychmiastowa obecność jest niezbędna a przyczyną wnioskowanego zwolnienia jest………………………………………….………………………………………………...
……………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

(podpis pracownika)

Akceptuję:.........................................

( podpis, pieczątka kierownika )

\* niepotrzebne skreślić

Informacja:
Zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej wynosi 16 godzin albo 2 dni w roku kalendarzowym. O sposobie wykorzystania zwolnienia w danym roku kalendarzowym (w godzinach lub dniach) pracownik decyduje w pierwszym wniosku o udzielenie zwolnienia w danym roku.

Wniosek o udzielenie zwolnienia zgłaszany jest przez pracownika najpóźniej w dniu korzystania z tego zwolnienia.