………………………………….

 (*miejscowość i data)*

 ……………………………………………….

*(imię i nazwisko pracownika)*

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

 *(zajmowane stanowisko)*

……………………………………….

……………………………………….

(nazwa i adres Pracodawcy)

 **Wniosek\* pracownika**

**o udzielenie zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej**

Na podstawie art. 1481 Kodeks pracy w związku

z…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
*(wskazać okoliczności uzasadniające udzielenie zwolnienia od pracy, tj. działanie siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem)*

…………………………………………………………………………………………………., z uwagi, że niezbędna jest moja natychmiastowa obecność, wnoszę o udzielenie zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do połowy wynagrodzenia w wymiarze:

 ……………………….. dni, od dnia ……………………….. do dnia ………………………..\*\*

 *(podać liczbę dni – maksymalnie*

 *2 dni w roku kalendarzowym)*

***albo\*\****

 ……………………….. godzin, w dniu …………od godz.….. do godz. …………………….\*\*

 *(podać ilość godzin – maksymalnie
 16 godz. w roku kalendarzowym)*

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

 *(podpis pracownika)*

Wyrażam zgodę

.........……………………………................

*(data i podpis przełożonego)*

*\*wniosek powinien być złożony najpóźniej w dniu korzystania z tego zwolnienia*

*\*\* zwolnienie przysługuje w wymiarze 2 dni albo 16 godzin w roku kalendarzowym. O sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy – w dniach albo godzinach – decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.*

*\*\*\*w okresie tego zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia w wysokości połowy wynagrodzenia.*