………………………………….

(*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.*