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. $148^1$ 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.