…………………………………. …………………………

*(imię i nazwisko pracownika)* (*miejscowość i data)*

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

*(zajmowane stanowisko)*

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

*(adres)* **Pan**

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

**Dyrektor**

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

*(nazwa szkoły)*

**Wniosek o zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej**

Na podstawie art. 1481 ustawy z 26 czerwca 1974 r. 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, proszę o udzielenie zwolnienia od pracy w wymiarze:

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

*(podać liczbę dni – maksymalnie*

*2 dni w roku kalendarzowym)*

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

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

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

(podpis pracownika)

………………………………………………

(Akceptacja bezpośredniego przełożonego)

POTWIERDZENIE UDZIELENIA

…………………………………………

(Zgoda pracodawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\* zwolnienie przysługuje w wymiarze 2 dni/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.*