…………………………………. …………………………

*(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.*