

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(miejsce i data)

.....  
(zajmowane stanowisko)

.....  
(miejsce pracy)

## **WNIOSEK O ZWOLNIENIE OD PRACY Z POWODU SIŁY WYŻSZEJ**

Na podstawie 148<sup>1</sup> Kodeksu pracy wnoszę o udzielenie zwolnienia od pracy **z zachowaniem prawa do połowy wynagrodzenia** w wymiarze ..... dni/godzin w dniu/dniach ....., z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, skutkujących koniecznością mojej natychmiastowej obecności.

Oświadczam, że w roku ..... wykorzystałam/em ..... dni/godzin zwolnienia od pracy z powodu siły wyższej..

*Jeśli wniosek w danym roku składany jest po raz pierwszy, proszę wypełnić dodatkowo poniżej:*

W roku ..... deklaruję korzystanie ze zwolnienia od pracy z powodu siły wyższej (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- w dniach (maksymalnie 2 dni w roku kalendarzowym)
- w godzinach - maksymalnie 16 godzin (2 x norma dobową), dla zatrudnionych w niepełnym wymiarze proporcjonalnie do wymiaru zatrudnienia.

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis wnioskodawcy)

.....  
(podpis udzielającego)