

Katowice, dnia

.....
imię i nazwisko pracownika

.....
jednostka organizacyjna

.....
stanowisko

**WNIOSEK
o udzielenie urlopu opiekuńczego**

Proszę o udzielenie mi urlopu opiekuńczego w dniach od do
(wskazać ilość dni roboczych:).

Imię i nazwisko osoby, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych:

.....

.

Przyczyna konieczności zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia przez pracownika:

.....

.

W przypadku członka rodziny - stopień pokrewieństwa z pracownikiem*:

- ✓ Syn/córka
- ✓ Matka/ojciec
- ✓ Małżonek

W przypadku osoby niebędącej członkiem rodziny - adres zamieszkania tej osoby:

.....

.

.....
podpis pracownika

.....
data i podpis bezpośredniego przełożonego

Decyzja Pracodawcy (data i podpis):

.....
data i podpis pracownika DSP

** niepotrzebne skreślić*

Podstawa prawna: art. 173¹ ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.);