Katowice, dnia ............................................

…………..................................................................................

imię i nazwisko pracownika

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

jednostka organizacyjna

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

stanowisko

**WNIOSEK**

**o zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli jest niezbędna natychmiastowa obecność pracownika**

Proszę o udzielenie mi zwolnieniaod pracy**:**  
w wymiarze ……………………. dni/godzin\* w terminie …………………………………. .

Uzasadnienie:

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

.................................................. podpis pracownika

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

data i podpis bezpośredniego przełożonego

Decyzja Pracodawcy (data i podpis):

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

data i podpis pracownika DSP

*\* niepotrzebne skreślić -* o sposobie wykorzystania w danym roku kalendarzowym zwolnienia od pracy decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.

Pouczenie: wniosek powinien być zgłoszony przez pracownika najpóźniej w dniu korzystania z tego zwolnienia.

*Podstawa prawna: art. 148 1 ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy ( tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.)*