…………………………………. …………………………

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

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

 *(zajmowane stanowisko)*

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

 *(adres)*

**Pani/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:

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

 *(podać liczbę dni – maksymalnie*

 *2 dni w roku kalendarzowym)*

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

 *(podpis pracownika)*

Wyrażam zgodę

.........……………………………................ *(data i podpis dyrektora szkoły)*

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\* zwolnienie przysługuje w wymiarze 2 dni w danym roku kalendarzowym.*