

.....  
(oznaczenie pracownika)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(oznaczenie pracodawcy)

**Wniosek o udzielenie zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej  
w pilnych sprawach rodzinnych**

Proszę o udzielenie mi zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem:

w dniu ..... , od godz. .... do godz. .... , tj. .... godz.;  
(data) (liczba)

od ..... do ..... , tj. .... dzień (dni).  
(data) (data) (liczba)

.....  
(podpis pracownika)

zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: art. 148<sup>1</sup> K.p.