

Łódź, dnia .....

.....  
( nazwisko i imię )

.....  
( stanowisko, komórka organizacyjna )

**WNIOSEK O  
zwolnienie od pracy z powodu działania siły  
wyższej w pilnych sprawach rodzinnych  
spowodowanych chorobą lub wypadkiem (art.  
148<sup>1</sup> Kodeksu Pracy)**

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

**W godzinach\***

w dniu : ....., od godz. ...., do godz. ...., tj.....  
(ilość godzin zwolnienia)

w dniu : ....., od godz. ...., do godz. ...., tj.....  
(ilość godzin zwolnienia)

w dniu : ....., od godz. ...., do godz. ...., tj.....  
(ilość godzin zwolnienia)

**W dniach\***

data...../.....godz ;

data ...../.....godz ,

(data/ ilość godzin zwolnienia zgodnie z grafikiem )

*\* zaznaczyć właściwe*

.....  
/ podpis pracownika /

.....  
/ podpis i pieczęć bezpośredniego przełożonego /

**Pouczenie:** Wybór formy ( dni lub godziny) wykorzystania zwolnienia spowodowanego siłą wyższą dokonywany jest w pierwszym wniosku o zwolnienie i obliuguje do wybranej formy w danym roku kalendarzowym. Zwolnienie od pracy udzielane w wymiarze godzinowym, dla pracownika zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy ustala się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy tego pracownika. Niepełną godzinę zwolnienia od pracy zaokrągla się w górę do pełnej godziny.