

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(zajmowane stanowisko)

.....  
(adres)

.....

.....  
(dane pracodawcy)

## **Wniosek o zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej**

W związku z.....

.....,

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)

☐ ..... godzin, w dniu ..... od godz..... do godz. ....  
(podać ilość godzin – maksymalnie  
16 godz. w roku kalendarzowym)

.....  
(podpis pracownika)