

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
.....
.....
(pracodawca)

Wniosek o udzielenie urlopu macierzyńskiego

Wnoszę o udzielenie części przysługującego mi urlopu macierzyńskiego w okresie od dnia
..... do dnia porodu.
(data podana w zaświadczeniu lekarskim)

Ponadto wnoszę o udzielenie pozostałej części urlopu macierzyńskiego od dnia porodu aż do
wyczerpania tego urlopu w łącznym wymiarze 20 tygodni.

.....
(podpis)