…………………………………………..

(miejscowość, data)

…………………………………………..

…………………………………………..

(imię i nazwisko pracownika, adres)

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

(oznaczenie pracodawcy, adres)

**Wniosek o udzielenie zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej**

Na podstawie art. 1481 Kodeksu pracy zgłaszam się z uprzejmą prośbą o udzielenie mi zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej w wymiarze 2 dni w terminie od 11 do 12 września 2024 roku. Oświadczam, że korzystam ze zwolnienia w związku z nagłą chorobą matki.

……………………………………………..

(podpis pracownika)