**WNIOSEK O URLOP**

Nazwisko i imię …………………………………………………………….…………….

Komórka organizacyjna: **DZIAŁ MEDYCZNO - TERAPEUTYCZNY**

**Proszę o udzielenie urlopu:** wypoczynkowego\* na żądanie\* okolicznościowego\* opieka nad dzieckiem\* bezpłatny\* inny\*……………………………......................................................

1) w terminie……………………..…….……..... w wymiarze 1 dnia (………….godzin)\*

2) w terminie od……………… do……………… w wymiarze…...….dni (….…godzin)\*

……..………………………………

(podpis pracownika)

Pozostało dni ………… ………………..…………….

(stanowisko ds. kadrowych)

……………………………………..

(pieczątka i podpis przełożonego)

Skrzynno, dnia……………..… 20………r.

***\*****niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O URLOP**

Nazwisko i imię …………………………………………………………….…………….

Komórka organizacyjna: **DZIAŁ MEDYCZNO - TERAPEUTYCZNY  
Proszę o udzielenie urlopu:** wypoczynkowego\* na żądanie\* okolicznościowego\* opieka nad dzieckiem\* bezpłatny\* inny\*………………………………………………………………...

1) w terminie……………………..…….…...….. w wymiarze 1 dnia (………….godzin)\*

2) w terminie od……………… do……………… w wymiarze…...….dni (….…godzin)\*

……..………………………………

(podpis pracownika)

Pozostało dni ………… ………………..…………….

(stanowisko ds. kadrowych)

……………………………………..

(pieczątka i podpis przełożonego)

Skrzynno, dnia……………..… 20………r.

***\*****niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O URLOP**

Nazwisko i imię …………………………………………………………….…………….

Komórka organizacyjna: **DZIAŁ MEDYCZNO - TERAPEUTYCZNY**

**Proszę o udzielenie urlopu:** wypoczynkowego\* na żądanie\* okolicznościowego\* opieka nad dzieckiem\* bezpłatny\* inny\*……………………………......................................................

1) w terminie……………………..…….……….. w wymiarze 1 dnia (………….godzin)\*

2) w terminie od……………… do……………… w wymiarze…...….dni (….…godzin)\*

……..………………………………

(podpis pracownika)

Pozostało dni ………… ………………..…………….

(stanowisko ds. kadrowych)

……………………………………..

(pieczątka i podpis przełożonego)

Skrzynno, dnia……………..… 20………r.

***\*****niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O URLOP**

Nazwisko i imię …………………………………………………………….…………….

Komórka organizacyjna: **DZIAŁ MEDYCZNO - TERAPEUTYCZNY**

**Proszę o udzielenie urlopu:** wypoczynkowego\* na żądanie\* okolicznościowego\* opieka nad dzieckiem\* bezpłatny\* inny\*………………………………………………………………...

1) w terminie……………………..……….…….. w wymiarze 1 dnia (………….godzin)\*

2) w terminie od……………… do……………… w wymiarze…...….dni (….…godzin)\*

……..………………………………

(podpis pracownika)

Pozostało dni ………… ………………..…………….

(stanowisko ds. kadrowych)

……………………………………..

(pieczątka i podpis przełożonego)

Skrzynno, dnia……………..… 20………r.

***\*****niepotrzebne skreślić*