Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Chęciny, dnia ……..

imię i nazwisko pracownika	
stanowisko	
komórka organizacyjna	

WNIOSEK O URLOP

Rodzaj urlopu:	☐ **urlop wypoczynkowy za rok ……** ☐ **urlop na żądanie art. 167^2 kp** ☐ **opieka nad dzieckiem art. 188 kp** ☐ **dodatkowy -art. 19 ust. 1 ustawy o rehabilitacji** ☐ **okolicznościowy z tytułu:**

Termin urlopu	od:	do:	
Liczba dni roboczych		Liczba godzin	
Zastępstwo pełnić będzie:			

data i podpis pracownika pełniącego zastępstwo	*data i podpis pracownika wnioskującego o urlop*

☐ wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody
na urlop we wskazanym terminie

data i podpis bezpośredniego przełożonego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Chęciny, dnia ……..

imię i nazwisko pracownika	
stanowisko	
komórka organizacyjna	

WNIOSEK O URLOP

Rodzaj urlopu:	☐ **urlop wypoczynkowy za rok ……** ☐ **urlop na żądanie art. 167^2 kp** ☐ **opieka nad dzieckiem art. 188 kp** ☐ **dodatkowy -art. 19 ust. 1 ustawy o rehabilitacji** ☐ **okolicznościowy z tytułu:**

Termin urlopu	od:	do:	
Liczba dni roboczych		Liczba godzin	
Zastępstwo pełnić będzie:			

data i podpis pracownika pełniącego zastępstwo	*data i podpis pracownika wnioskującego o urlop*

☐ wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody
na urlop we wskazanym terminie

data i podpis bezpośredniego przełożonego