

**Załącznik nr 9 do Regulaminu Pracy
Starostwa Powiatowego
w Aleksandrowie Kujawskim**

Aleksandrów Kujawski, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
Stanowisko

.....
Nazwa Wydziału

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE OD PRACY Z POWODU
DZIAŁANIA SIŁY WYŻSZEJ**

Wnoszę o udzielenie mi na podstawie art. 148 (1) Kodeksu pracy
..... dni/godzin zwolnienia od pracy w dniu
z zachowaniem prawa do wynagrodzenia z powodu działania siły wyższej w pilnych
sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli niezbędna jest
natychmiastowa obecność pracownika.

.....
podpis pracownika

.....
podpis pracodawcy