

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(stanowisko)

**WNIOSEK  
O UDZIELENIE ZWOLNIENIA OD PRACY**

Proszę o udzielenie zwolnienia od pracy na podstawie art. 20 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych\* w dniu ..... w godzinach....., w celu

.....  
.....

.....  
( podpis pracownika)

Zgoda pracodawcy

.....  
(podpis pracodawcy)

\* (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.)