

.....
(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.)