…………………………………. …………………………

*(imię i nazwisko pracownika)* (*miejscowość i data)*

...................................................

*(zajmowane stanowisko)*

...................................................

*(adres)*

...................................................

...................................................

*(dane pracodawcy)*

**Wniosek o urlop opiekuńczy**

Na podstawie art. 1731 § 4 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, proszę o udzielenie mi bezpłatnego urlopu opiekuńczego w wymiarze ……..…… dni\*\* tj. od dnia…………… do

*(podać liczbę dni)*

dnia……………. .

Opieki wymaga …………………………………………………………………………..

*(podać imię i nazwisko osoby, która wymaga opieki   
 lub wsparcia z poważnych względów medycznych*)

z uwagi na ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….   
 *(podać przyczynę konieczności zapewnienia osobistej opieki   
 lub wsparcia przez pracownika)*

Jednocześnie oświadczam, że ww. osoba:

* jest moim członkiem rodziny: synem / córką / matką / ojcem / małżonkiem   
   (zaznaczyć właściwy stopień pokrewieństwa)
* jest osobą zamieszkującą w tym samym gospodarstwie domowym\*, pod adresem

…………………………………………………………………………………..

*(podać adres zamieszkania osoby wymagającej opieki, a niebędącej członkiem rodziny,   
zamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym)*

……………………….

*(podpis pracownika)*

.........……………………………................ *(data i podpis przełożonego)*

*\* Niepotrzebne skreślić*

*\*\* wymiar urlopu opiekuńczego wynosi 5 dni w roku kalendarzowym*