…………………………………. …………………………

*(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*