……………………., dnia ……………….. rok

……………………….………

(imię i nazwisko, nr pracownika)

………………………………

(stanowisko)

………………………………

(jednostka organizacyjna Uniwersytetu)

……………………………………

……………………………………

……………………………………

(imię i nazwisko, tytuł/stopień naukowy bezpośredniego przełożonego)

**WNIOSEK O UDZIELENIE ZWOLNIENIA OD PRACY**

**w celu szczepienia przeciw COVID-19**

Uprzejmie proszę o udzielenie zwolnienia od pracy w celu szczepienia przeciw COVID-19 bez konieczności odpracowania:

w dniu: ……………………………………………………………………………………

w godzinach: ……………………………………………………………………………………

Do wglądu dołączam kopię informacji o szczepieniu.

………………………………

(czytelny podpis pracownika)

Decyzja bezpośredniego przełożonego:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na w/w zwolnienie od pracy.

…………………………………

(podpis bezpośredniego przełożonego)