

....., 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)