



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

.....
(imię i nazwisko pracownika)

Warszawa, dnia

.....
(jednostka organizacyjna)

.....
(stanowisko)

WNIOSEK O URLOP
(Pracownicy niebędący nauczycielami akademickimi)

Proszę o udzielenie mi urlopu:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> wypoczynkowego | <input type="checkbox"/> wypoczynkowego na żądanie | <input type="checkbox"/> szkoleniowego |
| <input type="checkbox"/> bezpłatnego | <input type="checkbox"/> okolicznościowego | <input type="checkbox"/> z tytułu opieki nad dzieckiem |

w okresie od dnia do dnia włącznie, tj. dni roboczych.

Zastępstwo obejmuje
(imię i nazwisko)

.....
(podpis pracownika)

.....
(podpis osoby pełniącej zastępstwo)

.....
(podpis kierownika)