



**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
**MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW**

Warszawa, dnia .....

**Od:**

**Do:**

.....  
(imię, nazwisko i stanowisko pracownika)

.....  
(kierownik jednostki organizacyjnej)

**WNIOSEK**

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie czasu wolnego od pracy (na podstawie art. 1512 §1 Kodeksu Pracy):

w dniu: .....

w godzinach: od ..... do .....

w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych:

w dniu: .....

w godzinach: od ..... do .....

.....  
(podpis pracownika)

**Wyrażam zgodę:**

Warszawa, dnia .....

.....  
(podpis kierownika jednostki organizacyjnej)