

.....
imię i nazwisko

Lubliniec, dnia

.....
stanowisko

Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej w Lublińcu

W n i o s e k
o udzielenie dodatkowego urlopu macierzyńskiego

Działając w oparciu o art.182¹ K.P.proszę o udzielenie mi dodatkowego urlopu macierzyńskiego w wymiarze 4 tygodni / przysługujący w 2012roku/ w okresie od dniado dniacelem sprawowania osobistej opieki nad moim dzieckiemurodzonym w dniu
Informuję, że podstawowy urlop macierzyński kończy się w dniu