........................................

(miejscowość, data)

........................................

(imię i nazwisko pracownika)

........................................

(nazwa jednostki organizacyjnej)

Akademia Sztuk Pięknych

im. Eugeniusza Gepperta

Pl. Polski 3/4

50-156 Wrocław

**WNIOSEK**

**o udzielenie części urlopu macierzyńskiego**

W trybie art. 180 § 10 i 16 ustawy - Kodeks pracy, w związku z pobytem ………………………………………..….…….. *(imię i nazwisko matki dziecka)* w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne   
i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego i jego przerwaniu na okres pobytu w szpitalu albo zakładzie leczniczym – wnoszę o udzielenie mi części urlopu macierzyńskiego w okresie od …………….. 20… r. do …………. 20… r., w wymiarze ………… tygodni w celu sprawowania opieki nad ……………………………………..   
*(imię i nazwisko dziecka)*

Oświadczam, że do dnia przerwania urlopu macierzyńskiego matka dziecka wykorzystała ……………… tygodni urlopu macierzyńskiego.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o dacie opuszczenia przez matkę dziecka szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą   
w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

........................................

(podpis pracownika)

……………………………

(potwierdzenie przełożonego)

DECYZJA REKTORA/PROREKTORA/KANCLERZA\*

…………………………………………………………….

\*właściwe pozostawić

**Załączniki:**

1. oświadczenie pracownicy (matki dziecka), która przebywa w szpitalu albo w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, dotyczące daty, od której przerwała ona urlop macierzyński na okres pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem;
2. zaświadczenie o terminie przyjęcia pracownicy (matki dziecka) do placówki, o której mowa w pkt 1, wystawione przez taką placówkę;
3. skrócony odpis aktu urodzenia dziecka (dzieci) lub zagraniczny akt urodzenia dziecka (dzieci) albo kopie tych dokumentów.