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

 (miejscowość, data)

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

 (imię i nazwisko pracownika)

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

 (dział/sekcja/katedra)

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

 (stanowisko)

**WNIOSEK**

**o wypłatę zasiłku za okres urlopu macierzyńskiego**

Ja niżej podpisana, ………..……….……………………………........................................., matka

 ..........................................................., urodzonego/ych dnia …….….......................20…. r., (podać imię i nazwisko dziecka/dzieci) (podać datę urodzenia dziecka/dzieci)

wnoszę o wypłatę zasiłku za okres urlopu macierzyńskiego w wysokości **81,5%** podstawy wymiaru zasiłku w okresie od dnia ………………..20..… r. do dnia ……….…………….20..… r.

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

(podpis pracownika)

………………………..……………

 (potwierdzenie bezpośredniego przełożonego)

DECYZJA REKTORA/KANCLERZA (właściwe pozostawić)

…………………………………………………………………….

**Załączniki:**

* skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub zagraniczny akt urodzenia dziecka albo kopie tych dokumentów, albo kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego na zwykłym druku, określającego przewidywaną datę porodu