……………………………….. …….………..………………….….

(nazwisko i imię) (miejscowość i data)

………………………………..

(stanowisko)

……………………………….

……………………………….

……………………………….

(dane pracodawcy)

**WNIOSEK O UDZIELENIE URLOPU BEZPŁATNEGO**

W związku z objęciem mnie ograniczeniem w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.04.2020 r. w Szpitalu ……………………………….., zwracam się z wnioskiem o udzielenie mi urlopu bezpłatnego na czas jego trwania określony w informacji, o której mowa w § 1 ust. 4 w/w rozporządzenia, tj. w terminie od ……………………………... do ………………………………

Podstawa prawna art. 174 kodeksu pracy w związku z § 3 ust. 1Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem.

 ……………………………….

 (podpis pracownika)