

(ЗРАЗОК ЗАЯВИ ДЛЯ ДОДАТКОВОЇ ОПЛАЧУВАНОЇ ВІДПУСТКИ)

Ректору закладу вищої освіти
НМУ ім. О.О. Богомольця,
член-кореспонденту НАМН України
професору Кучину Ю.Л.

Найменування посади та
структурного підрозділу
П.І.Б (повністю)

ЗАЯВА

Прошу Вас надати мені додаткову оплачувану відпустку за (вказати за який рік) терміном на 10 календарних днів з ____ по _____, як матері двох дітей віком до 15 років (або матері дитини-інваліда, або одинокій матері)*.

Дата

Підпис (ПІБ)

Віза безпосереднього керівника (дата та підпис)

*надати документи, що підтверджують статус
матері дитини-інваліда або одинокій матері