

**(ЗРАЗОК ЗАЯВИ ДЛЯ ДОДАТКОВОЇ ОПЛАЧУВАНОЇ ВІДПУСТКИ
УЧАСНИКУ БОЙОВИХ ДІЙ)**

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 терміном на 14 календарних днів з ____ по _____, як учаснику бойових дій*.

Дата

Підпис (ПІБ)

Віза безпосереднього керівника (дата та підпис)

*копія посвідчення учасника бойових дій