|  |
| --- |
| Приложениек Инструкции о порядкеи условиях предоставленияодного дополнительногосвободного от работы дняв неделю с оплатой в размересреднего дневного заработка |

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|   | Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование организации,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия и инициалы руководителя организации)от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество (если\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_таковое имеется) работника)работающей(его) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении одного дополнительного
свободного от работы дня в неделю**

Прошу предоставить мне один дополнительный свободный от работы день в неделю в (во) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(день недели)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

как матери (мачехе), отцу (отчиму), опекуну (попечителю), воспитывающей (воспитывающему) ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, троих и более детей в возрасте до шестнадцати лет (нужное подчеркнуть).

Ознакомлен(а) с обстоятельствами, влекущими прекращение предоставления одного дополнительного свободного от работы дня в неделю, и при их возникновении обязуюсь сообщить в пятидневный срок.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   | (подпись) |

Документы приняты

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, инициалы специалиста) |   | (подпись) |