

ŽIADOSŤ O PRACOVNÉ VOĽNO

Priezvisko, meno, titul	Osobné číslo
Útvar	Číslo útvaru
Žiadam o pracovné voľno na deň _____ od _____ do _____ hodín _____ z dôvodu _____	
V _____ dňa _____ rok _____	Podpis zamestnanca:
S čerpaním pracovného voľna súhlasí: _____ Podpis vedúceho	

POTVRDENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ALEBO INÉHO ZARIADENIA, ÚRADU ALEBO ORGANIZÁCIE

Príchod o _____ hodine	Odchod o _____ hodine
Miesto a dátum:	Pečiatka a podpis:
Naposledy pracoval dňa _____ do _____ hodiny	
Opäť nastúpil dňa _____ o _____ hodine	
_____ Podpis vedúceho	
Rozhodnutie o mzdových nárokoch:	
_____ Podpis štatutárneho zástupcu	