

.....  
imię i nazwisko pracownika

.....  
miejsowość i data

.....  
adres pracownika

**Do**

.....  
nazwa pracodawcy

.....  
adres pracodawcy

**Wniosek  
o udzielenie urlopu macierzyńskiego**

W związku z przewidywaną datą porodu określoną w załączonym zaświadczeniu lekarskim na ..... proszę o udzielenie mi przysługującego urlopu macierzyńskiego w okresie od dnia ..... do dnia porodu, a w pozostałym wymiarze w okresie od dnia porodu aż do wyczerpania tego urlopu w łącznym wymiarze ..... tygodni.

.....  
podpis pracownika