|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | |
|  | Генеральному директору  ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И.Чазова» Минздрава России  С.А. Бойцову у | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | от |  | | | | | |
|  | (должность) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (структурное подразделение) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | (ФИО работника полностью) | | | | | | |
|  | № тел. | |  | |  |  |  |
|  |  | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить мне ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с | « |  | » |  | 20 |  | г. |  | по | « |  | » |  | 20 |  | г. |

(включительно) на \_\_\_\_ календарных дней.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | / |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия, инициалы работника) |

|  |  |
| --- | --- |
| На время моего отсутствия возложить исполнения обязанностей на: | Согласен  (подпись исполняющего обязанности работника) |
|  |
| (ФИО) |  |

(должность)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Согласовано:** | | |  | |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  | |  |  | | |
| (должность) | |  | | (подпись) | |  | (ФИО) | | |
| Начальник отдела по управлению персоналом |  |  | |  | |  | Андрюшина Е.С. | | |
| (должность) | |  | | (подпись) | |  | (ФИО) | | |

СПРАВКА КАДРОВОЙ СЛУЖБЫ:

Итого \_\_\_\_ календарных дней за период работы с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ календарных дней за период работы с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Специалист кадровой службы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия и.о.)