Руководителю (организации)

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

От *Должность отдел*

*Фамилия Имя Отчество*

**Заявление**

Прошу предоставить мне отпуск без сохранения заработной платы в связи с регистрацией брака *(или рождением ребенка или смертью близкого родственника)* в количестве 5 календарных дней с \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

﻿ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Фамилия, имя, отчество

 *(личная подпись*)

Дата

﻿
﻿