



POWIATOWY URZĄD PRACY W WADOWICACH

ul. Mickiewicza 27; 34-100 Wadowice

tel. 33 873 71 00 | 33 873 50 20 | 33 873 50 21 | 33 823 22 32

e-mail: pup@wadowice.praca.gov.pl wadowice.praca.gov.pl

(miejscowość, data)

(imię i nazwisko)

(adres)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Wadowicach**

PESEL

OŚWIADCZENIE – urlop macierzyński, urlop rodzicielski

Oświadczam, że pozostaję w sytuacji braku gotowości do podjęcia pracy z powodu opieki nad dzieckiem / dziećmi _____

(imię i nazwisko dziecka / dzieci, data urodzenia)

przez okres, przez który przysługiwałby mi zgodnie z odrębnymi przepisami:

- **urlop macierzyński** – _____ tygodni (wpisać liczbę tygodni)*,
- **urlop rodzicielski** – _____ tygodni (wpisać liczbę tygodni)**.

Jednocześnie oświadczam, że:

- z urlopu rodzicielskiego nie będzie korzystał ojciec dziecka/ dzieci oraz zostałam poinformowana o możliwości rezygnacji z przysługujących uprawnień w każdym czasie trwania ww. urlopów,
- w terminie do 7 dni poinformuję Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach o wszelkich zmianach dotyczących mojej osoby, określonych w ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

czytelny podpis osoby bezrobotnej

Uwaga! Początek urlopu macierzyńskiego rozpoczyna się od dnia porodu.

*Urlop macierzyński (art. 180 § 1 Kodeksu Pracy) przysługuje w wymiarze:

- 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie,
- 33 tygodni w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie,
- 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie,
- 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

**Urlop rodzicielski (udzielany bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego – art. 182^{1a}) wynosi:

- do 32 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- do 34 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

Wypełnia pracownik PUP:

Zgodność danych zawartych w oświadczeniu z przedłożonym(i) aktem(ami) urodzenia dziecka/dzieci nr _____
z dnia _____

(data i podpis pracownika PUP przyjmującego oświadczenie)