……………………………………. ………………………., dnia …………………………

…………………………………….

…………………………………….

Dane wnioskodawcy

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

Dane pracodawcy

**Wniosek o przyznanie odprawy pośmiertnej**

W związku ze śmiercią Pani/Pana ………………………………………, pracownika niniejszego zakładu pracy, jako małżonek/…………………………………………… (inna osoba uprawniona)\* proszę o wypłatę odprawy pośmiertnej, o której mowa w art. 93 kodeksu pracy.

Śmierć pracownika nastąpiła w czasie:

− trwania stosunku pracy\*,

− pobierania zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy, która powstała w ciągu 14 dni/3 miesięcy\* po ustaniu stosunku pracy\*,

w związku z czym wniosek o wypłatę odprawy pośmiertnej jest uzasadniony.

………………………………………………..

Podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić.