



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
Medical University - Sofia  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
Faculty of Medicine – Deans's Office

София, Бул. "Св. Георги Софийски" 1,  
София 1431, тел. (02)9172533; факс (02)9520345

"St. G. Sofiysky" blvd. 1, Sofia 1431  
tel. +359(2)9172533; fax+359(2)9520345

ИСКАНЕ  
ЗА ОТЛАГАНЕ НА ПЛАТЕН ГОДИШЕН ОТПУСК

От .....  
/трите имена/

Длъжност: .....  
Катедра/Отдел/Сектор:.....

Уважаеми Господин Декан,

На основание чл.176, ал.1 от КТ, Моля да бъде отложено ползването на  
..... работни дни от платения годишен отпуск  
/цифром и словом/  
за 2018г. за следващата календарна година.

Дата:.....

Работник/Служител:.....  
/подпис/

Въз основа на направеното писмено искане и на основание чл.176, ал.1 от КТ  
**давам** съгласие да бъде отложено ползването на поисканите.....  
работни дни от платения годишен отпуск.

Дата:.....

Работодател:.....  
/подпис/

Уведомен по реда на чл.37г, ал.2 от НРВПО.

Работник/Служител:.....  
/подпис/