



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
Medical University - Sofia  
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
*Faculty of Medicine – Human Resources Department*

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 ЗА 20..... Г.

От .....  
/три 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 за 20.....г. за  
/цифром и словом/

следващата календарна година. Отложеният или неползван до края на календарната година отпуск ще ползвам през следващата календарна година, но не по-късно от 6 месеца, считано от края на календарната година, за която се полага.

Дата:.....

Преподавател/Служител:.....  
/подпис/

Съгласувано:

Ръководител катедра/отдел/сектор:.....  
/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:.....

Декан на Медицински факултет:.....  
/подпис/

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

Преподавател/Служител:.....  
/подпис/