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

........................................

*imię i nazwisko*

........................................

*stanowisko*

........................................

*jednostka organizacyjna*

Kanclerz  
Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie  
mgr Adrianna Gudzowska

Wniosek o rozwiązanie stosunku pracy z zachowaniem okresu wypowiedzenia

Proszę o rozwiązanie stosunku pracy z zachowaniem okresu wypowiedzenia ze skutkiem na dzień……….………

.................................................................

*podpis pracownika*

……………………………………..……. ……………………………………..…….

pieczątka i podpis

kierownika jednostki organizacyjnej

(Dziekan/Prorektor/Kanclerz/Kwestor)

pieczątka i podpis

kierownika komórki organizacyjnej

zatrudniającej pracownika