

....., dn. r.
(miejscowość) (data)

(pieczęć nagłówkowa szkoły)

Nr
(nr z rzeczowego wykazu akt)

Sprawa: stwierdzenie wygaśnięcia
stosunku pracy nauczyciela z mocy prawa
z powodu utraty pełnej zdolności
do czynności prawnych

Pani/Pan

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko służbowe)

.....
(nazwa szkoły)

.....
(miejscowość)

Na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) **stwierdzam**, że z dniem Pani (Pana) stosunek pracy **wygaś z mocy prawa** z powodu utraty pełnej zdolności do czynności prawnych.

W terminie 14 dni od dnia wygaśnięcia stosunku pracy może Pani (Pan) wystąpić do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy w¹⁾ z żądaniem przywrócenia do pracy lub odszkodowania.

.....
(pieczęć imienna i podpis dyrektora)

¹⁾ Podać siedzibę właściwego Sądu Rejonowego - Sądu Pracy.