………………………………………………… ……………………………..

 *nazwa jednostki organizacyjnej miejscowość i data*

 **Wniosek o przyznanie dodatku specjalnego**

z tytułu zwiększenia obowiązków służbowych\*lub powierzenia dodatkowych zadań**\***

1. Imię i nazwisko pracownika…………………………………………………………………...

1. Symbol ewidencyjny pracownika…………….…
2. Stanowisko……………………………………………………………………………………..
3. Opis zwiększonych obowiązków lub dodatkowych zadań ………………………………. …………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

1. Wnioskowana kwota dodatku specjalnego………………………………**\*\***
2. Wnioskowany okres przyznania dodatku specjalnego…………………………………… …………………………………………………………………………………………………...
3. Źródło finansowania……………………………………………………………………………

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

*podpis osoby wnioskującej podpis kierownika podpis Kwestora /*

 *jednostki organizacyjnej pracownika Działu Kontrolingu*

**DECYZJA**

Przyznaję / nie przyznaję\* dodatek specjalny na okres od………………....do………………… w wysokości………………….

 *Zatwierdzono:*

…………………………..

  *Rektor*

\**niepotrzebne skreślić*

**\*\*** *łączna kwota dodatków nie może przekraczać 80% sumy wynagrodzenia zasadniczego i dodatku*

 *funkcyjnego.*