………………………………………………… ……………………………..

 *nazwa jednostki organizacyjnej miejscowość i data*

**Wniosek o cofnięcie dodatku zadaniowego**

Wnioskuję o cofnięcie Pani/Panu ……………………...……………………………………… (numer ewidencyjny pracownika ……………… ) od dnia ……………..……….. **dodatku zadaniowego przyznanego na okres** od dnia …………….. od dnia …..…………..….…… **w wysokości** ..…..…………..….……**.**

Uzasadnienie wniosku:

 …………………………………. …….……..……………………

 *podpis i pieczątka podpis i pieczątka kierownika*

 *osoby wnioskującej jednostki organizacyjnej*

 **DECYZJA**

Cofam / nie cofam\* od dnia ……………. przyznany dodatek zadaniowy w wysokości ..........................

…………………………..

***Rektor***

 *…………………………………………………………………………..*

*podpis i pieczątka Kwestora
lub pracownika Działu Kontrolingu*