………………………………………………… ……………………………..

*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*