Gdańsk, dnia ..............................................

................................................................  
 jednostka organizacyjna

**WNIOSEK o przyznanie dodatku**

**za pracę wykonywaną w warunkach szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych**

1. Imię i nazwisko pracownika: .............................................................................................................
2. Miejsce pracy: ...................................................................................................................................
3. Stanowisko ........................................................................................................................................
4. Rodzaj pracy wykonywanej w warunkach szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych:  
   ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. Proponowana wysokość dodatku (stopień szkodliwości): ............................................................ na okres od ...................................................... do ..........................................................................  
   Źródło finansowania: …………..………………………………………………………………….
6. Oświadczam, że ww. pracownik jest zatrudniony w warunkach szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych określonych w pkt. 4 niniejszego wniosku, przez okres co najmniej ........................................ godzin w miesiącu.

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................  *(bezpośredni przełożony)* | ……………………………………………..  *(kierownik jednostki organizacyjnej)* |

Opinia Inspektoratu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy: negatywna/pozytywna \*

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… ……………………………………..

*(data i podpis inspektora/specjalisty ds. BHP) (data i podpis kierownika Inspektoratu BHP)*

1. Przyznaję dodatek/odmawiam przyznania dodatku\*, o którym mowa w pkt.5 na okres od ...................................................... do ...........................................................................................

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

*Rektor*