|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  |  *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  |  *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU ZADANIOWEGO**

dla pracownika ASP we Wrocławiu

Imię i nazwisko pracownika: **……………………………………**

Stanowisko: **……………………….……………………………..**

Wnioskuję o przyznanie dodatku **ZADANIOWEGO** w związku z:

* czasowym zwiększeniem obowiązków służbowych;
* czasowym powierzeniem dodatkowych zadań;
* charakterem pracy;
* warunkami wykonywania pracy.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku zadaniowego:

**….………………... x ………………...… = …………….….. zł brutto.**

Okres obowiązywania dodatku zadaniowego: **od dnia …………..………….. do dnia ………..……………….**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 …………………..…..……………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

Miesięczna kwota dodatku zadaniowego przekracza/nie przekracza 80% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..

 (podpis pracownika DOiK)

**WNIOSEK/DECYZJA**

**o przyznaniu premii uznaniowej pracownikowi ASP we Wrocławiu niebędącemu nauczycielem akademickim**

Wnioskuję o przyznanie premii uznaniowej/ Przyznaję premię uznaniową

 za okres …………………………………w kwocie ………………. **zł brutto**

Nazwisko i imię pracownika: ………………………………..……..………….

Jednostka / komórka organizacyjna: …………….…………………...………

Stanowisko: …………………………….……..…………………………...……

**Uzasadnienie wniosku:**…………………….…………………………………….…………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Potwierdzenie dostępności środków na sfinansowanie premii:**

**Źródło finansowania:** …….………..………………………………………………………………

Wnioskujący: ……………………………………….………………..……………………

 (Data, podpis)

 **Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

 W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję premię/nie przyznaję premii

(*niewłaściwe skreślić)*

…………………..………………………

(data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

**WNIOSEK ZBIORCZY**

**o przyznaniu premii uznaniowej pracownikom ASP we Wrocławiu**

**niebędącym nauczycielami akademickimi**

 Wnioskuję o przyznanie premii uznaniowej dla niżej wymienionych pracowników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię*** | ***Kwota brutto w zł*** | ***Uwagi*** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |

 **Uzasadnienie wniosku:**………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………….… ………………………………………………………………………………………………….………… ………………………………………………………………………………………………….………… ………………………………………………………………………………………………….…………

**Potwierdzenie dostępności środków na sfinansowanie premii:**

**Źródło finansowania:** …….………..………………………………………………………………

Wnioskujący: ……………………………………….………………..……………………

 (Data, podpis)

 **Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję premie/nie przyznaję premii

(*niewłaściwe skreślić)*

……………………………………….………

(data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU ARTYSTYCZNEGO/BADAWCZEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **ARTYSTYCZNEGO/BADAWCZEGO** w związku z:

* dodatkową pracą w ramach działalności artystycznej/badawczej o dużym znaczeniu dla Uczelni;
* dodatkową twórczością artystyczną realizowaną w ramach projektów artystycznych;
* szczególnym zaangażowaniem w ubieganie się o środki na działalność artystyczną ze źródeł innych niż subwencje i dotacje;
* realizacją dodatkowych działań artystycznych/badawczych o dużym znaczeniu dla Uczelni, w szczególności dla realizacji strategii rozwoju Uczelni.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Okres obowiązywania dodatku artystycznego/badawczego: **od dnia ……..…….… do dnia ..………...………**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku artystycznego/badawczego:

**…………..….….. x…………….…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ……….………………………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora /Kanclerza)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………. (podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU DYDAKTYCZNEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………..……….……

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **DYDAKTYCZNEGO** w związku z:

* realizacją dodatkowych zadań dydaktycznych, w tym o dużym znaczeniu dla Uczelni, w szczególności dla realizacji strategii rozwoju Uczelni;
* wyróżniającą się ocenę działalności dydaktycznej dokonywaną przez studentów lub w ramach oceny okresowej, przeprowadzaną na podstawie przepisów Ustawy.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Okres obowiązywania dodatku dydaktycznego: **od dnia ……….……..……… do dnia ….………….…………**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku dydaktycznego:

**………………….. x……..…………… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

**Potwierdzenie zgodności z planem zajęć:**  …………………………………………....……

 (data i podpis Kierownika DOS)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ……..…………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU KWOTOWEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **KWOTOWEGO** w związku z:

* szczególnym zaangażowaniem w realizację działalności i zadań ważnych dla Uczelni, a także w związku z podnoszeniem kwalifikacji istotnych z punktu widzenia Pracodawcy;
* szczególnymi osiągnięciami w pracy, w szczególności mające duże znaczenie dla realizacji strategii rozwoju Uczelni.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Okres obowiązywania dodatku kwotowego: **od dnia …………..….…….…… do dnia ……………...………….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku kwotowego:

**………………….. x…..………….… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ….………………..…………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU PROJAKOŚCIOWEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **PROJAKOŚCIOWEGO** w związku z:

* szczególną jakością wykonywanych zadań ważnych dla Uczelni, związanych
z przyczynieniem się do podniesienia jakości kształcenia lub nauki;
* wygraniem wewnątrzuczelnianego konkursu na realizację zadania projakościowego.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

Okres obowiązywania dodatku projakościowego: **od dnia …………………… do dnia …………….………….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku projakościowego:

**………………….. x……………..…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ……………………..…….…………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU ORGANIZACYJNEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **ORGANIZACYJNEGO** w związku z:

* wykonywaniem dodatkowych obowiązków lub zadań organizacyjnych na rzecz Uczelni ważnych dla jej funkcjonowania;
* pełnieniem funkcji kierowniczych, w szczególności funkcji, o których mowa w art. 23 ust. 2
pkt 6 Ustawy, o istotnym znaczeniu dla funkcjonowania Uczelni.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

Okres obowiązywania dodatku organizacyjnego: **od dnia …………………… do dnia ………………..…….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku organizacyjnego:

**………………….. x…………….…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ……………..……………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU MOTYWACYJNEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **MOTYWACYJNEGO w** związku z:

* wykonywaniem ważnych dla Uczelni zadań lub obowiązków wymagających wzmożonego wysiłku, w tym związanego ze znaczną ilością pracy;
* wysoką bieżącą oceną wykonywanej pracy albo wysoką oceną okresową pracownika realizującego ważne dla Uczelni zadania lub obowiązki.

**Uzasadnienie wniosku**:……………………………………………………………………………………….………. ….………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

Okres obowiązywania dodatku motywacyjnego: **od dnia ……………..……… do dnia ……………..………….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego *(niewłaściwe skreślić)* dodatku motywacyjnego:

**………………….. x…………….…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA/KANCLERZA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ………………….…………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora/Kanclerza)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU**

**ZA SPRAWOWANIE OPIEKI DYDAKTYCZNEJ NA PLENERZE**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **ZA SPRAWOWANIE OPIEKI DYDAKTYCZNEJ NA PLENERZE**

Miejsce odbywania pleneru: ………………………………………………………….

Liczba studentów: …..…………………………………………………………………

Okres obowiązywania dodatku: **od dnia …………………....……… do dnia …………………………….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego dodatku:

**………………….. x……………….…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 ………….……….…………………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *………………………………* |  | *………………………* |
| *(pieczęć jednostki)* |  | *(źródło finansowania)* |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DODATKU**

**ZA SPRAWOWANIE OPIEKI DYDAKTYCZNEJ NA PRAKTYKACH**

Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………...……………

Stanowisko: …………………………….………………………….…..…………..

Wnioskuję o przyznanie dodatku **ZA SPRAWOWANIE OPIEKI DYDAKTYCZNEJ NA PRAKTYCE**

Miejsce odbywania praktyk: ………..…………………………………………………….

Liczba studentów: …………………………………………………………………………

Okres obowiązywania dodatku: **od dnia ……………….………..…… do dnia …………..……..………….**

Wnioskowana wysokość jednorazowego/miesięcznego dodatku:

**………………….. x………………..…… = ………………….. zł brutto.**

*Czy z tytułu wykonywania przez pracownika ww. zadań będzie pracownikowi przysługiwało prawo do wynagrodzenia za pracę twórczą z zastosowaniem 50% normy kosztów uzyskania przychodów?* TAK / NIE *(niewłaściwe skreślić)*

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

 (data i podpis wnioskodawcy) (data i podpis bezpośredniego przełożonego)

Oświadczam, że przyjmuję określone we wniosku dodatkowe obowiązki lub zadania i zobowiązuję się do ich wykonywania zgodnie z moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z decyzją w sprawie przyznania dodatku i otrzymałem/am jej kopię oraz że ją akceptuję.

……………………………….

 (data, podpis pracownika)

**Opinia Kwestora w sprawie zapewnienia środków finansowych:**

 …………………………………...……

 (data i podpis Kwestora)

**DECYZJA REKTORA**

W oparciu o powyższe dane zawarte we wniosku, przyznaję dodatek / nie przyznaję dodatku

(*niewłaściwe skreślić)*

 …………..…………….……………………………

 (data, pieczątka i podpis Rektora)

Miesięczna kwota w/w dodatku przekracza/nie przekracza 100% łącznego wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego pracownika.

 ……………………………………………..(podpis pracownika DOiK)

**W N I O S E K**

o przyznanie Nagrody Rektora Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu

**Nagroda indywidualna I / II\* stopnia dla nauczyciela akademickiego**

za ............................................................................................................................................................

**Rodzaj osiągnięcia***: artystyczno-naukowe / dydaktyczne / organizacyjne / całokształt dorobku, specjalna nagroda Rektora\**

1. .............................................................................................................................................................

(tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię kandydata)

2. …..........................................................................................................................................................

(stanowisko oraz jednostka organizacyjna uczelni)

3. Nagrody Rektora uzyskane w ciągu ostatnich 10 lat (rok uzyskania, stopień nagrody)

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

4. Zwięzłe uzasadnienie wniosku:

5. Stwierdzam, że przedstawione do nagrody osiągnięcia nie były wcześniej wyróżniane nagrodą Rektora lub Ministra.

Wrocław, dnia .................... ................................................

 (podpis wnioskodawcy)

6. Opinia Dziekana/Prorektora\*:

Wrocław, dnia ................................. ……..........................................

 (podpis Dziekana/Prorektora\*)

|  |
| --- |
|  |

**DECYZJA REKTORA**

Na podstawie powyższych danych przyznaję / nie przyznaję\* indywidualną nagrodę Rektora Pani(u) …………………………………..……… stopnia ….. za osiągnięcia artystyczno-naukowe/ dydaktyczne / organizacyjne / za całokształt dorobku / specjalna nagroda Rektora\*.

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

 (data i podpis Rektora)

\* *niewłaściwe skreślić*

**WNIOSEK**

o przyznanie Nagrody Rektora Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu

**Nagroda zespołowa I / II\* stopnia dla nauczycieli akademickich**

za ………………………………………………………………………………………………..

 **Rodzaj osiągnięcia*:*** *artystyczno- naukowe / dydaktyczne / organizacyjne\**

1. **Zespół w składzie** (należy podać w kolejności: tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna, proponowany udział w nagrodzie w %, informacja o nagrodach uzyskanych w ciągu ostatnich10 lat):

**Kierownik Zespołu**

– ............................................................................................................................. .......................

 (tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna Uczelni) udział w %
rok uzyskania nagrody Rektora w ciągu ostatnich 10 lat …………………………………………………………

 **Członkowie Zespołu**

– ............................................................................................................................. .........................

 (tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna Uczelni) udział w %
rok uzyskania nagrody Rektora w ciągu ostatnich 10 lat ….............................................................................

– ............................................................................................................................. .........................

 (tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna Uczelni) udział w %
rok uzyskania nagrody Rektora w ciągu ostatnich 10 lat ….............................................................................

– ............................................................................................................................. .........................

 (tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna Uczelni) udział w %
rok uzyskania nagrody Rektora w ciągu ostatnich 10 lat ….............................................................................

– ............................................................................................................................. .........................

 (tytuł i stopień naukowy, nazwisko i imię, jednostka organizacyjna Uczelni) udział w %
rok uzyskania nagrody Rektora w ciągu ostatnich 10 lat ….............................................................................

2. Zwięzłe uzasadnienie wniosku:

3. Stwierdzam, że przedstawione do nagrody osiągnięcia nie były wcześniej wyróżniane nagrodą Rektora lub Ministra.

Wrocław, dnia ……………………….. ..………........................
 (podpis wnioskodawcy)

4. Opinia Dziekana/Prorektora\*:

Wrocław, dnia ..............................................
 (podpis Dziekana/Prorektora\*)

|  |
| --- |
|  |

**DECYZJA REKTORA**

Na podstawie powyższych danych przyznaję / nie przyznaję\* zespołową nagrodę Rektora stopnia ….. za osiągnięcia artystyczno-naukowe/ dydaktyczne / organizacyjne\*.

 ……………………………..

 (data i podpis Rektora)

\* *niewłaściwe skreślić*

**W N I O S E K**

o przyznanie Nagrody Rektora Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu

**Nagroda indywidualna I / II\* stopnia/ za całokształt pracy/specjalna Nagroda Rektora\* dla pracowników niebędących nauczycielami akademickimi**

1. .............................................................................................................................................................

(nazwisko i imię kandydata)

2. …..........................................................................................................................................................

(stanowisko oraz jednostka organizacyjna uczelni)

3. Nagrody Rektora uzyskane w ciągu ostatnich 10 lat (rok uzyskania, stopień nagrody)

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

4. Zwięzłe uzasadnienie wniosku:

5. Stwierdzam, że przedstawione do nagrody osiągnięcia nie były wcześniej wyróżniane nagrodą Rektora.

Wrocław, dnia .................... ................................................

 (podpis wnioskodawcy)

6. Opinia Kanclerza:

Wrocław, dnia ................................. ……..........................................

 (podpis Kanclerza)

|  |
| --- |
|  |

**DECYZJA REKTORA**

Na podstawie powyższych danych przyznaję / nie przyznaję\* indywidualną nagrodę Rektora Pani(u) …………………………………..……… stopnia ….. za całokształt pracy/specjalna nagroda Rektora\*.

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

 (data i podpis Rektora)

\* *niewłaściwe skreślić*

Wrocław, dnia ……...…………

Nazwa jednostki organizacyjnej uczelni:

Wydział/Katedra: ………………………..

**W N I O S E K**

o przyznanie / zmianę stopnia / wstrzymanie\*

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

Na podstawie Regulaminu wynagradzania ASP we Wrocławiu wnioskuję o **przyznanie, zmianę stopnia, wstrzymanie**\* dodatku za pracę w warunkach szkodliwych ……... stopnia **od dnia ………………….. do dnia………………… .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Warunki wykonywania pracy uprawniające do dodatku** |
|  |  |  |  |

………...…………………………………………………..

(data, podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

………………………………………………………

……………………………………………………….

………………………………………………………

 (opinia specjalisty ds. BHP)

|  |
| --- |
|  |

**DECYZJA REKTORA**

Na podstawie powyższych danych przyznaję / nie przyznaję dodatku\* za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia.

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

 (data i podpis Rektora)

\* *niewłaściwe skreślić*