Załącznik nr 16

do Regulaminu wynagradzania pracowników

Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu wprowadzonego zarządzeniem nr 122/2020 Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu z dnia 24 kwietnia 2020 r.

Wrocław, dnia ……………

*Pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni*

**Rektor, Prorektor, Kanclerz**

Uniwersytetu Przyrodniczego

we Wrocławiu

**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 UPWr

w n i o s k u j ę o przyznanie, zmianę stopnia, wstrzymanie\* dodatku za pracę w warunkach szkodliwych ……... stopnia

Panu / Pani ………………………………………………………………………...……..…………….

zatrudnionemu/zatrudnionej na stanowisku …………………………………….…………………..

od dnia …………………….......

Charakterystyka stanowiska:

1. nazwa laboratorium, pracowni lub pomieszczenia ……………………………………………
2. wykonywane czynności ………………………………………………………………………….
3. kontakt z substancjami……………………………………………………………………………
4. liczba godzin wykonywania pracy w wymienionych warunkach w ciągu dnia lub w miesiącu ……………………………………………………………………………………..…..
5. okres, w jakim wykonywana jest praca (cały rok, jeżeli okresowo – wymienić miesiące) ………………………………………………………….………………….…………………….…..
6. inne uciążliwości i utrudnienia ……………..……………………………………..……………..

O każdej zmianie warunków pracy mających wpływ na zmianę stopnia szkodliwości lub o likwidacji zagrożeń uzasadniających przyznanie dodatku specjalnego zobowiązuję się poinformować kolejnym wnioskiem.

*\* - niepotrzebne skreślić*

………...……………………………..

*Podpis i pieczęć*

*kierownika jednostki organizacyjnej*

Pomiary stężeń i natężeń czynników szkodliwych na stanowisku pracy wykazują:

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

*podpis kierownik Inspektoratu BHP*

Opinia Komisji ds. przyznawania dodatków za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych:

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

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

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

**Komisja wnioskuje o przyznanie dodatku za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych ……. stopnia od dnia …………………..**

**Podpisy członków Komisji:**

*Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy* ……………………………….

*Kierownik Inspektoratu BHP* ……………………………….

*Dział Kadr i Płac* ……………………………….

**Decyzja**:

Przyznaję dodatek za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych ……... stopnia

od dnia ………………………

………………………

Rektor, Prorektor, Kanclerz