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

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

**WNIOSEK**

**o cofnięcie dodatku za pracę wykonywaną w warunkach   
szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych**

Wnoszę o cofnięcie z dniem ....................................................................................... dodatku za pracę wykonywaną w warunkach szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych Pani/Panu ................................................................................................................................... zatrudnionemu .....................................................................................................................................................................

*(nazwa jednostki organizacyjnej)*

Uzasadnienie:

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

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

Opinia pracownika CZZL Inspektorat BHP: negatywna / pozytywna \*

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

*(data i podpis pracownika Inspektoratu BHP)*

**Decyzja**

Na podstawie .................................................................................................... cofam / nie cofam\* przyznany dodatek w wysokości .........................................................................................

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

*Rektor*