|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika  |  |
| Jednostka Organizacyjna zatrudniająca |  |
| Nazwa projektu |  |
| **Stanowisko obecne** |  |
| **Funkcja****Kwota dodatku funkcyjnego** |  |
| **Stanowisko wnioskowane** |  |
| **Funkcja** **Kwota dodatku funkcyjnego** |  |
| **MPK** |  |
| **ZFIN** |  |
| **Zmiana warunków zatrudnienia od dnia** |  |
| **Wynagrodzenie** **brutto- brutto** |  | *data i podpis osoby odpowiedzialnej za budżet projektu* |
| **Wynagrodzenie****zasadnicze brutto** |  | *Data i podpis pracownika Biura Płac* |
| **Uzasadnienie wniosku** |  |
| **Wyposażenie stanowiska** | □ telefon kom,□ komputer,□ inne: .................................................................................  |
| **Załączniki:****- Opis stanowiska pracy** **- Inne** | .................................................................................  |
| **Wnioskujący: data, podpis** | **Rektor/Kanclerz, zatwierdzam** |
|  | **uwagi:** |
|  |  |

**data i podpis osoby sporządzającej wniosek**: