*Załącznik do zarządzenia nr 167 Prezydenta Miasta Torunia z dnia 27.07.2021 r.*

Załącznik do Zasad premiowania kierowników gminnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

**Zatwierdzam:**

Toruń, dnia ...............................

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

**(podpis i pieczątka Prezydenta Miasta Torunia)**

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

(imię i nazwisko, stanowisko wnioskującego   
- resortowego przełożonego)

**Wniosek o przyznanie premii**

1. Imię i nazwisko kierującego zakładem, stanowisko, nazwa zakładu:

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

1. Okres, za który przyznawana jest premia i proponowana wysokość:

a) …………………..……….. - ………….. %

b) …………………..……….. - ………….. %

c) …………………..……….. - ………….. %

1. Uzasadnienie wg § 4 załącznika do zarządzenia:

**1) sprawowanie nadzoru i organizowanie pracy jednostki oraz umiejętność kierowania zespołem pracowników:**

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

**2) poprawność i terminowość wykonywania zadań powierzonych kierowanej jednostce:**

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

**3) pozyskanie przez jednostkę dodatkowych środków finansowych na działalność statutową:**

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

**4) prawidłowość wykorzystywania przez jednostkę środków budżetowych i pozabudżetowych:**

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

**5) przestrzeganie i realizacja planu finansowego jednostki:**

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

**6) działania na rzecz podnoszenia przez jednostkę sprawności wykonywanych zadań, w tym racjonalności kosztów:**

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

4. Nieobecność dyrektora w ocenianym okresie z powodu:

1) zwolnienia lekarskiego ………… dni;

2) urlopu (wypoczynkowego, bezpłatnego, okolicznościowego itp.\*) ………… dni;

3) innych przyczyn (np. delegacje, praca zdalna itp.) ………… dni.

1. Opinia Zastępcy Prezydenta Miasta:

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

1. Zakład posiada środki przeznaczone na wypłatę premii: TAK / NIE\*
2. Załączniki do wniosku:

1) ……………………………………………………………………………………………...……

2) ……………………………………………………………………………………………...……

3) ……………………………………………………………………………………………...……

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

(podpis wnioskującego - resortowego przełożonego)

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

(podpis dyrektora działu)

*\* właściwe zaznaczyć*