*Załącznik do zarządzenia nr 44 Prezydenta Miasta Torunia z dnia 01.03.2023 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 zakładu oraz umiejętność kierowania zespołem pracowników:**

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

**2) poprawność i terminowość wykonywania zadań powierzonych kierowanemu zakładowi:**

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

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

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

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

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

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

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

**6) działania na rzecz podnoszenia przez zakład sprawności wykonywanych zadań:**

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

**7) przygotowywanie, wdrażanie oraz realizowanie programów i planów ograniczania kosztów, w tym, w szczególności poprzez zmniejszenie zużycia energii (elektrycznej, gazowej oraz cieplnej):**

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

4. Nieobecność dyrektora w ocenianym okresie z powodu:

1) zwolnienia lekarskiego ………… dni

terminy i ilość dni: ………………………………………………………………………………………

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

terminy i ilość dni: ………………………………………………………………………………………

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

terminy i ilość dni (oraz miejsce delegacji): ……………………………………………………………

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)

\* wysokość wynagrodzenia zasadniczego (w zł brutto): ………………….

* 10% → …………………. zł brutto
* 20% → …………………. zł brutto
* 30% → …………………. zł brutto
* 40% → …………………. zł brutto

\*\* właściwe zaznaczyć