Załącznik nr 1 do Zarządzenia Rektora nr 18 z dnia 31.03.15

**KWESTIONARIUSZ skierowania za granicę w celach dydaktycznych, naukowych i szkoleniowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł/stopień, imię i nazwisko Osoby Kierowanej  | PESEL  |
| Dane kontaktowe Osoby Kierowanej adres e-mail:  | Nr telefonu:  |
| Nazwa jednostki organizacyjnej\* | Stanowisko\* | Okres zatrudnienia\* od ……….…….. do …………….….. |
| Wydział  | Kierunek studiów\*\* | Rok studiów\*\* |
| Adres zamieszkania | Seria i numer dowodu osobistego |
| **PROSZĘ O SKIEROWANIE MNIE NA WYJAZD ZAGRANICZNY:** |
| Kraj | Nazwa instytucji docelowej | Pełny adres pobytu zagranicznego  |
| **Cel wyjazdu** (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):  Działalność dydaktyczna Prowadzenie badań naukowych Wyjazd szkoleniowy Okres pobytu za granicą: od ………………………………. do ……………………………………. |
| **ZAKRES ŚWIADCZEŃ**  |
| Rodzaj świadczenia | Planowane koszty w PLN | Źródło finansowania (symbol) | Akceptacja dysponenta środków finansowych (data i podpis) |
| 1. | Stypendium na pokrycie kosztów podróży, utrzymania i zakwaterowania |  |  |  |
| 2. | Zakup pomocy naukowych |  |  |  |
| 3. | Inne świadczenia |  |  |  |
| 4. | Stypendium uzupełniające  |  |  |  |
| 5. | Urlop szkoleniowy płatny ze środków innych niż wynagrodzenia osobowe  |  |  |  |
| Razem w PLN |  | Sprawdzono:Dz. Personalny/ Dz. Obsługi Działaln. Podstaw./ Dziekanat  | Odpisano środki (rezerwacja):Dział Kontroli i Analiz Kosztów |
| Data i podpis Osoby Kierowanej  | Sprawdzono:Dz. Współpr. z Zagranicą |
| Opinia Kierownika jednostki organizacyjnej\*  pozytywna / negatywna\*\*\* Data i podpis Kierownika jednostki | Opinia Kierownika Studium Doktoranckiego\*\*  pozytywna / negatywna\*\*\* Data i podpis Kierownika Studium | Opinia Opiekuna naukowego doktoranta\*\* pozytywna / negatywna\*\*\* Data i podpis Opiekuna |
| **DECYZJA W SPRAWIE SKIEROWANIA ZA GRANICĘ ORAZ UDZIELENIA URLOPU**  |
|   Wyrażam zgodę na skierowanie Wnioskodawcy na wyjazd za granicę oraz udzielenie:1. Urlopu szkoleniowego płatnego z funduszu wynagrodzeń osobowych na okres od ……………..………. do ……………….…….
2. Urlopu bezpłatnego na okres od …………………………………… do …………………………………….

 Nie wyrażam zgody na skierowanie Wnioskodawcy na wyjazd za granicę. ……………………………………………………………………………………………………Data i podpis Rektora/ Prorektora ds. kadr/ Dziekana/ Kanclerza  |

\*- wypełniają tylko pracownicy; \*\* - wypełniają tylko doktoranci / studenci, \*\*\* - proszę skreślić niepotrzebne