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