|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  WNIOSEK**O WYJAZD SŁUŻBOWY ZA GRANICĘ** | **Kod wyjazdu:** | **20… / ………………** |
| Dane wyjeżdżającego | Tytuł/stopień: |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres zameldowania: |  |
| PESEL: |  |
| Nr dowodu osobistego: |  |
| Miejsce zatrudnienia / jednostka org.: |  |
| Stanowisko służbowe: | Nazwa: |  |
| Status: |  nauczyciel akademicki  |  doktorant (nazwa Studiów Dokt.) |
|  inny pracownik |  zewnętrzny wykonawca |
| Informacje dot. wyjazdu | Kraj: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ośrodek przyjmujący: |  |
| Data wyjazdu: |  | \* w przypadku wyjazdu powyżej 30 dni wymagana zgoda Dziekana, powyżej 90 dni - Rady Wydziału; (Kierownik Studiów Doktoranckich – dla doktoranta) |
| Data powrotu\*: |  |
| Środek lokomocji\*\*: |  | \*\* w przypadku wyjazdu samochodem dołączyć Zał. nr 2 do Zarz. 20/R/14 |
| Cel wyjazdu: |  |
| Uzasadnienie: |  zaproszenie |  informacja o konferencji |  potwierdzenie przyjęcia referatu |
|  według załącznika |  ............................ |  |
| Informacje do systemu POLon\*: \*cz. 3 „współpraca międzynarodowa” |  NIE |
|  TAK |  umowa bilateralna (nazwa partnera z wykazu umów): |  |
|  projekt międzynarodowy (nazwa, nr projektu, kierownik proj.):  |  |
|  projekt krajowy (nazwa, nr projektu, kierownik proj.):  |  |
| Informacje dot. finansowania wyjazdu | Finansowanie ze strony zagranicznej: |  BRAK  |
|  POKRYWA KOSZT: |  podróż noclegi wyżywienie ..................................................... |
| Źródła finansowania (nazwa i numer zadania)\*:\*środki, których wydatkowanie koordynuje UG |  |
| Dofinansowanie: |  wg poniesionych kosztów do kwoty ...................... zł  |  z działalności statutowej, planowany pełny koszt wyjazdu …................ zł |
| Zobowiązuję się do ubezpieczenia (KL, NNW) podczas pobytu za granicą oraz rozliczenia kosztów wyjazdu w terminie 14 dni od momentu powrotu do kraju. W przypadku przekroczenia obowiązującego terminu, zgadzam się na potrącenie z najbliższego wynagrodzenia kwoty nierozliczonych zaliczek. |
| Gdańsk, dnia .........................................() | ..........................................................(podpis osoby wyjeżdżającej) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zgoda bezpośredniego przełożonego....................................... (data, podpis i pieczątka) | Zgoda dysponenta środków finansowych.......................................(data, podpis i pieczątka) | Wyrażam zgodę na wyjazd.......................................Prof. dr hab. Piotr StepnowskiProrektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą |

Informujemy, iż administratorem podanych we wniosku danych osobowych jest Uniwersytet Gdański z siedzibą w Gdańsku, przy ul. Bażyńskiego 8.
Dane przetwarzane będą zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926
ze. zm.) w celu realizacji wyjazdu. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla ww. celu.

|  |  |
| --- | --- |
| Wpłynęło do SWM dnia: |  |