Załącznik nr 1

do Regulaminu kierowania za granicę pracowników, doktorantów i studentów

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w celach naukowych, dydaktycznych lub szkoleniowych

 Łódź, dnia ……………………

**BDWZ/………./20….**

**DZIAŁ WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

w miejscu

**WNIOSEK O DELEGACJĘ ZAGRANICZNĄ NR ……./20….**

**Dane osoby wyjeżdżającej:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………

Stanowisko służbowe: ………………………………………………………………………………...

Rodzaj zatrudnienia: …………………………………………………………………………………..

Jednostka organizacyjna: ……………………………………………………………………………...

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: ……………………………………………………………………….

**Informacje o planowanym wyjeździe za granicę:**

Cel wyjazdu\*:

* konferencja / kongres / sympozjum / wykład / zjazd
* spotkanie projektowe/biznesowe
* warsztaty
* staż naukowy ……………………………………………………………………………………
* stypendium ……………………………………………………………………………………...
* inne\*\*: ……………………………………………………………………………………..…..……...…

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

Miasto: ……………………………………. Kraj: ……………………………………………………

Nazwa instytucji przyjmującej: ………………………………….……………………………………

Data wyjazdu: …….…………………………… Data powrotu: …………………………..…………

Sposób pokrycia kosztów wyjazdu: ……………………..……………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Należy zaznaczyć właściwe.

\*\* W przypadku wyboru opcji „inne”, należy podać dodatkowe informacje o wyjeździe, np. nazwę projektu badawczego lub programu, w ramach którego odbywa się wyjazd.

**Informacje o kosztach transportu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj transportu** | **Krajowe odcinki podróży** | **Szacowany koszt** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Rodzaj transportu** | **Zagraniczne odcinki podróży** | **Szacowany koszt** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informacje o kosztach pobytu:**

* Diety pobytowe …………..……..., w tym zapewnionych:

- śniadań …………..…………..

- obiadów …………….……….

- kolacji ……………………….

Suma diet pobytowych: ………….

Ilość noclegów: …………………..

Sposób rozliczenia noclegu: ………………………………………….… Koszt: …………..….…\*

* Opłata zjazdowa: ………………..………… Sposób płatności: …………………………….….\*\*
* Dieta dojazdowa: ………………..
* Wiza: ……………………….……
* Rodzaj ubezpieczenia: **za pośrednictwem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** / **własne**\*\*\*
* Ilość dni: …………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Należy wybrać właściwy sposób rozliczenia noclegu: płatność kartą otrzymaną od Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, płatność na podstawie faktury/innego dokumentu, zwrot po powrocie, rezygnacja.

\*\* Należy wybrać właściwy sposób płatności: płatność kartą otrzymaną od Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, płatność na podstawie faktury/innego dokumentu, zwrot po powrocie, rezygnacja.

\*\*\* Zaznaczyć właściwe.

**Informacje o sposobie finansowania**

Suma szacowanych kosztów pokrywanych przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi: ………………

Czy wyjazd jest w celach naukowych? **Tak** / **Nie**\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czy konto rezerw?** | **Numer konta / Konto rezerw i jednostka organizacyjna** | **Nazwa konta** | **Wartość** |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Zaznaczyć właściwe.

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

/czytelny podpis osoby wyjeżdżającej/

**UWAGA! Do wniosku należy dołączyć zaproszenie lub potwierdzenie przyjęcia pracy.**

***DECYZJA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO (w przypadku pracowników)***

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

(pieczęć imienna i podpis)

***DECYZJA DZIEKANA (w przypadku studentów) / KIEROWNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH lub DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ (w przypadku doktorantów)***

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

(pieczęć imienna i podpis)

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

(pieczęć imienna i podpis osoby udzielającej zgody na wyjazd)