Nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_z dnia\_\_\_\_\_\_\_\_ WNIOSEK Załącznik nr 1B

**na wyjazd za granicę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WYJEŻDZAJĄCEGO:** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: | | | | | Kierunek i rok studiów: | | |
| Nazwa koła naukowego/organizacji studenckiej itp.:  **Nie dotyczy** | | | | | Adres zamieszkania: | | |
| E-mail: | | | | | Telefon kontaktowy: | | |
| Proszę o wyrażenie zgody na wyjazd zagranicę do:  Kraj:. Miejscowość: | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE WYJAZDU:** | | | | | | | |
| **Cel wyjazdu (właściwe podkreślić):**  ⚫ konferencja /kongres/sympozjum, zjazd ⚫ prowadzenie badań naukowych w zagranicznej jednostce  ⚫ stypendium naukowe ⚫ staż naukowy/specjalizacyjny ⚫ kurs/szkolenie ⚫ praktyki zawodowe ⚫ konsultacje naukowe ⚫ odbycie części jednolitych studiów magisterskich lub studiów pierwszego stopnia albo studiów drugiego stopnia  ⚫ inny (jaki?) ............................................................................................................................................................. | | | | | | | |
| **Szczegóły dot. wyjazdu (wypełnić):**  **Instytucja organizująca/przyjmująca**:................................................................................................................................  **Tytuł konferencji/szkolenia:** Wyjazd stażowy w ramach projektu ***Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku***  **Forma udziału** **(podkreślić):** referat / poster / przewodniczenie sesji / prowadzenie badań /szkolenie / udział bierny/  inny (jaki?).............................................................................................................................................................................  **Temat referatu/posteru** *(w przypadku udziału czynnego):* ...........................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| **Termin rozpoczęcia konferencji/zjazdu/stażu itp.:**  Od:...........................do:..............................  **Termin wyjazdu\*:**  Od:..........................do: ............................. | | | | | **Data i przewidywana godzina**  **przekroczenia granicy \*:**  Wyjazd:............................ godz. ...................  Powrót:............................ godz.. .................. | | |
| ***\**** *W Europie: maks. 1 dzień przed i 1 dzień po konferencji; poza Europą maks. 2 dni przed i 2 dni po konferencji* | | | | | | | |
| **KOSZTY WYJAZDU:** | | | | | | | |
| **KATEGORIA** | | **PLANOWANY KOSZT** | | **ŹRÓDŁO FINANSOWANIA** *nr projektu badawczego / subkonto kliniki(zakładu) / sponsor / inne* | | | POTWIERDZENIE FINANSOWANIA  *(odpowiednia komórka merytoryczna)* |
| **Transport w kraju:**  autokar 🞏  pociąg 🞏  samochód 🞏  samolot 🞏 | |  | | Wyjazd stażowy w ramach projektu ***Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*** | | |  |
| **Transport za granicą:**  autokar 🞏  pociąg 🞏  samochód 🞏  samolot 🞏 | |  | |  |
| **OPŁATA REJESTRACYJNA** | | **nie dotyczy** | |  |
| **DIETY POBYTOWE** | | **Stypendium na pokrycie kosztów utrzymania i zakwaterowania** | |  |
| **NOCLEGI** | | **Stypendium na pokrycie kosztów utrzymania i zakwaterowania** | |  |
| **DIETA DOJAZDOWA; RYCZAŁT NA KOMUNIKACJĘ MIEJSKĄ** | | **nie dotyczy** | |  |
| **INNE WYDATKI**  *(jakie?)* | | **nie dotyczy** | |  |
| OŚWIADCZENIE  Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami wyjazdów zagranicznych obowiązującymi na UMB. Zobowiązuję się, że środki przekazane przez UMB rozliczę w terminie 14 dni po zakończeniu podróży oryginalnymi fakturami wystawionymi na Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, NIP 542-021-17-17. | | | | | | | |
| *…………................**(podpis Kandydata na wyjazd)* | *…….………………*  *(podpis Kierownika projektu –dysponenta źródła finansowania)* | | *………..……...................* *(podpis Kierownika Jednostki UMB-opiekuna stażysty)* | | | *.…........................................* ***(podpis Prorektora / Kanclerza)*** | |

*Załączniki do wniosku*

program konferencji zjazdu/seminarium/kursu/szkolenia .

zaproszenie

streszczenie referatu/posteru

wniosek o dokonanie przelewu i/lub wypłatę zaliczki

druk zapotrzebowania do Działu AGU na zakup biletu lotniczego/kolejowego/autobusowego

inne……………………………