|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Załącznik nr 1A do Zarządzenia Rektora nr 6/2019 z dnia 21.01.2019r. | |
| Pieczęć jednostki | **W N I O S E K** nr…....................................................................  (numer nadaje Dział Spraw Pracowniczych)  **na wyjazd krajowy** **w ramach delegacji**  **w przypadku projektów unijnych** | |
| **Imię i nazwisko:** | | |
| **Zatrudniony/a w:** | | |
| **Nr telefonu kontaktowego:**  osoba do kontaktu: …………………..…………….. nr telefon: ……………………..  *(imię i nazwisko)* | | |
| **Stanowisko:** | | |
| **1. Docelowa miejscowość wyjazdu:** | | **2. Czas wyjazdu:**  **od:** **do:** |
| **3. Cel wyjazdu /krótkie uzasadnienie/**  ………………….…………………….  *potwierdzenie: Dział Projektów Pomocowych* | | |
| **4. Środek lokomocji (właściwy zaznaczyć):**  **a/ pociąg klasa II**  b/ inny, jaki? \* ………………………  Uzasadnienie innego środka lokomocji:  .......................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................  Kwota planowana na inny środek lokomocji ............................zł  \*W przypadku zgody na przejazd samochodem prywatnym, pracownik składa oświadczenie:  Przyjmuję do wiadomości, że koszt ubezpieczenia samochodu, pasażerów oraz przewożonego bagażu nie obciąża Uniwersytetu Medycznego. ……………………………. | | |
| Wyrażam zgodę na inny środek lokomocji (określony w pkt b):  ................... ……...................................................  data podpis Rektora/Prorektora/Kanclerza | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Orientacyjny koszt wyjazdu (podać w złotych):** | | | koszt wnioskowany  w złotych: (wypełnia wyjeżdżający) | koszt planowany  w złotych: (wypełnia odpowiednia jednostka merytoryczna) | | |
| a/ opłata rejestracyjna/zjazdowa | | |  |  | | |
| b/ noclegi | | |  |  | | |
| c/ przejazdy /w obie strony/ | | |  |  | | |
| d/ diety | | |  |  | | |
| e/ inne /wymienić/ ryczałt na dojazdy | | |  |  | | |
| Razem | | |  |  | | |
| **6. Czy organizator zapewnia całodzienne wyżywienie? (właściwe zaznaczyć)** | | | | | | |
| a/tak🞎  b/ nie 🞎 | | | | | | |
| **7. Czy organizator/hotel zapewnia częściowe wyżywienie (właściwe zaznaczyć)** | | | | | | |
| *a /* 🞎 *śniadanie*  b/ 🞎 obiad  c/ 🞎 kolacja | | | | | | |
| **8. Źródła finansowania wyjazdu (właściwe zaznaczyć):** | | | | | | |
| a/ Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  🞎 prace statutowe, własne, projekty badawcze, itp.**1)** (nr pracy).......................................................  🞎 dydaktyka**2)**  🞎 subkonto Kliniki/Zakładu**3)** (proszę podać nazwę Kliniki/Zakładu) ...............................................  🞎 środki kształcenia podyplomowego**4)**  🞎 koszty ogólne uczelni**5)**  ~~🞎~~ **projekty unijne**6): **Mamy POWER - inwestujemy w kompetencje regionu** **POWR.03.05.00-00-ZR37/18-00, D/OR/WER/19/9999/01**  b/ refundacja przez inny podmiot: nazwa, adres, sposób rozliczenia ustalony przez jednostkę zapraszającą ( refundacja/zwrot kosztów bezpośrednio jednostce zapraszającej).  c/ inne źródło finansowania .................................................................................................  \*Potwierdzenie finansowania:  1) Dział Nauki  **2)**Dział Spraw Studenckich  **3)**Kwestor  **4)**Prorektorat ds. Klinicznych  **5)** Kwestor  **6) Sekcja Rozliczeń, Kosztów i Analiz** | | | | | | |
| …………………  **data** | ……..………………  **podpis wyjeżdżającego** | …………………..….………………  **pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej** | | | …………………….…………………  w przypadku projektów unijnych **pieczęć i podpis kierownika projektu** |
| data wpływu | ………………..…………………  Dział Spraw Pracowniczych | | | | | |
| …………………  **data** | 🞎 wyrażam zgodę  🞎 nie wyrażam zgody  **....................................................................**  **podpis Rektora, Prorektora, Kanclerza** | | | | | |

**Załączniki:**

- dokumenty potwierdzające cel wyjazdu (program, zaproszenie, zawiadomienie, zaświadczenie, itp.)

- w przypadku opłaty za noclegi - informacja o cenach za noclegi.

W przypadku szkoleń otwartych:

- zaakceptowany przez Dział Zamówień Publicznych tryb wyboru szkolenia

- wniosek o dokonanie przelewu dot. opłaty za szkolenie (jeśli dotyczy)

- zapotrzebowanie na rezerwację usługi hotelowej (jeśli dotyczy)