Załącznik nr 2

do Regulaminu kierowania za granicę pracowników, doktorantów, studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w celach naukowych, dydaktycznych lub szkoleniowych

****

Łódź, dnia ...........................................

**Dział Współpracy Zagranicznej**

**w miejscu**

**WNIOSEK WYJAZDOWY NR .................../ 20…….. DO:**

#### 

#### kraj miasto instytucja przyjmująca

#### 

#### imię i nazwisko stanowisko służbowe jednostka organizacyjna telefon służbowy

#### 

#### 

#### data urodzenia adres zameldowania, nr kodu adres e-mail

#### 

#### 

#### numer PESEL data wyjazdu data powrotu

**Zatrudnienie w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi:**

🞎 na czas nieokreślony 🞎 na czas określony do dnia....................................... 🞎 student/doktorant/inny

#### Urlop : 🞎 nowy 🞎 kontynuowany

**Cel wyjazdu:**

🞎 kongres 🞎 zjazd 🞎 sympozjum 🞎 konferencja 🞎 staż 🞎 stypendium 🞎 wykład

#### 🞎 inne

**Udział:** 🞎 czynny 🞎 bierny **Koszty strukturalne:** 🞎 nie 🞎 tak …………% **Symbol:**……..

**Proszę o:**

* bilet lotniczy na trasie
* bilet kolejowy na trasie
* bilet autobusowy na trasie
* bilet promowy na trasie
* przejazd samochodem prywatnym na trasie

**SPOSÓB POKRYCIA KOSZTÓW PODRÓŻY**/proszę podać numer funduszu/

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

* diety pobytowe /ilość/ .......................................
* diety hotelowe /ilość/ ........................................
* dieta dojazdowa tak/nie ....................................
* opłata zjazdowa /wysokość/..............................
* opłata wizowa /wysokość/.................................
* ubezpieczenie /ilość dni/ ................................... (max. 14 dni)

**SPOSÓB POKRYCIA KOSZTÓW POBYTU** /proszę podać numer funduszu/

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

**W PRZYPADKU POBRANIA DIET ORAZ OPŁACENIA OPŁATY ZJAZDOWEJ ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ROZLICZENIA ICH W CIĄGU 2 TYGODNI OD POWROTU Z WYJAZDU SŁUŻBOWEGO.**

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

czytelny podpis wyjeżdżającego

**Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):**

🞎 korzystam z ubezpieczenia od kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków finansowanego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi – dla wyjazdów trwających do 2 tygodni

🞎 rezygnuję z zakupu przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi ubezpieczenia od kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków w czasie mojego służbowego pobytu za granicą trwającego   
do 2 tygodni. Jednocześnie informuję, że ubezpieczenie takie już posiadam   
w ..............................................................................................................., polisa nr ......................................

🞎 świadoma/y jestem obowiązku wykupienia ubezpieczenia od kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków we własnym zakresie – na okres wyjazdu przekraczający 2 tygodnie

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

czytelny podpis wyjeżdżającego

**DO WNIOSKU PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ ZAPROSZENIA LUB POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA PRACY**

**OPINIA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO /w przypadku pracowników/**

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

podpis i pieczątka

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

**OPINIA DZIEKANA / w przypadku studentów/, KIEROWNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH lub DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ /w przypadku doktorantów/**

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

podpis i pieczątka

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

**UWAGI :**

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

podpis

**Wszelkie zmiany wprowadzone po podpisaniu i zaakceptowaniu wniosku przez Rektora lub osobę przez niego upoważnioną albo kanclerza wymagają formy pisemnej.**