

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:		<input type="checkbox"/> nauczyciel akademicki <input type="checkbox"/> doktorant (nazwa Studiów Dokt.) <input type="checkbox"/> inny pracownik <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> zaproszenie <input type="checkbox"/> informacja o konferencji <input type="checkbox"/> potwierdzenie przyjęcia referatu <input type="checkbox"/> według załącznika <input type="checkbox"/>	
	Informacje do systemu POLon*: *cz. 3 „współpraca międzynarodowa”	<input type="checkbox"/> NIE	
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> umowa bilateralna (nazwa partnera z wykazu umów SWM)	
		<input type="checkbox"/> projekt międzynarodowy (tytuł, nazwa, nr projektu, kierownik projektu)	
	<input type="checkbox"/> projekt krajowy (tytuł, nazwa, nr projektu, kierownik projektu)		

Informacje dot. finansowania wyjazdu	Finansowanie ze strony zagranicznej:	<input type="checkbox"/> BRAK	
		<input type="checkbox"/> POKRYWA KOSZT:	<input type="checkbox"/> podróż <input type="checkbox"/> noclegi <input type="checkbox"/> wyżywienie <input type="checkbox"/>
	Źródła finansowania (nazwa i numer zadania)*: <small>*środki, których wydatkowanie koordynuje UG</small>		
	Dofinansowanie:	<input type="checkbox"/> wg poniesionych kosztów <input type="checkbox"/> do kwoty zł	<input type="checkbox"/> 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 pieczęć)	Zgoda dysponenta środków finansowych (data, podpis i pieczęć)	Wyrażam zgodę na wyjazd Rektor lub upoważniony Prorektor (data, podpis i pieczęć)
--	---	--

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:	
-----------------------	--