**POLECENIE WYJAZDU SŁUŻBOWEGO**

**w ramach międzynarodowych programów edukacyjnych**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………………………………..
2. Tytuł/stopień naukowy, stanowisko: …………………………………………..
3. Wydział, katedra/inna jednostka: ………………….……………….………….
4. Kraj wyjazdu i miejscowość: …………………………………………………….
5. Organizacja przyjmująca: ………………………………………………………...
6. Termin wyjazdu: od dnia………………… do dnia ………………………........

*(dokładny termin wyjazdu: od dnia wyjazdu do dnia powrotu włącznie)*

1. Rodzaj wyjazdu:

* wyjazd szkoleniowy/w celu prowadzenia zajęć dydaktycznych/inny (jaki?)\* ………………….......................................................................................
* w ramach programu Erasmus+/innego programu (jakiego?)\* ……………………………………………………………………………………

1. Finansowanie wyjazdu:

* dofinansowanie w ramach programu Erasmus+ ………………...….. EUR
* świadczenie \*\*\* ………………………………………………………….…….

*(podać źródło finansowania i walutę):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| diety pobytowe  (liczba dni): |  | po | (stawka kraju docelowego) |
| diety hotelowe  (liczba nocy): |  | po | (limit/ryczałt stawki kraju docelowego) |
| przejazdy środkami komunikacji miejscowej (10%/dzień): | | | |
| dieta dojazdowa: | | | |
| uczestnictwo w konferencji edukacyjnej  (gotówka/przelew/płatność kartą służbową): | | | |
| inne (wiza, przejazdy wewnętrzne): | | | |
| razem dewizy: | | | |
| równowartość w złotych: | | | |
| koszty podróży (samolot, pociąg, autobus, samochód prywatny): | | | |
| łączny przewidywany koszt pobytu za granicą: | | | |

Oświadczenia Pracownika:

1. Oświadczam, iż świadczenia, o które wnioskuję, nie są pokrywane przez ww. zagraniczną organizację przyjmującą lub inne źródła zewnętrzne.
2. Zobowiązuję się do rozliczenia ww. podróży w ciągu 14 dni od dnia jej zakończenia.
3. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z zasadami realizacji, finansowania   
   i kwalifikacji wyjazdów zagranicznych w ramach programu Erasmus+/innego programu.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż na czas pobytu w kraju docelowym muszę zapewnić sobie ubezpieczenie. Minimalny zakres ubezpieczenia obejmie ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ………………………………....  *Seria i numer dowodu osobistego   lub paszportu\*\** | ……….……………………………  *Podpis pracownika* | | |
| **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wyjazd\***  ………………………………………………………  *Kierownik katedry/innej jednostki* | | | |
| ………………………………………………………  *Dziekan wydziału – jeżeli dotyczy* | | | |
| ………………………………………………………  *Biuro Kształcenia Międzynarodowego* | | | |
| **Przyznanie świadczeń**  …………………………………………  *Rektor/prorektor ds. studenckich* | | **Przyznanie świadczeń\*\*\***  ………..…………………………  *Rektor/prorektor* |

*\* niepotrzebne skreśl*ić

*\*\* dotyczy tylko osób nielegitymujących się dowodem osobistym wydanym w RP*

*\*\*\* dotyczy finansowania spoza budżetu programu Erasmus+*