Załącznik nr 3

do zarządzenia nr 1/XVI R/2024

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 3 stycznia 2024 r.

**Wniosek o wyjazd za granicę**

**dla osób NIEBĘDĄCYCH**

***pracownikami Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu***

Wrocław, ........................................

***Do***

***Kwestora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu***

***przez Dział Współpracy Międzynarodowej***

Proszę o wyrażenie zgody na pokrycie kosztów wyjazdu za granicę:

dla ..............................................................................................................................................................

 *(tytuł, imię i nazwisko wyjeżdżającego)*

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

*(adres zamieszkania, numer dowodu/paszportu, telefon kontaktowy, adres e-mail)*

do ........................................................... w terminie: ........................................................

 *(kraj, miasto)*  *(proszę podać datę pobytu)*

* podróży: ..................................................................................................................................................
 *(proszę określić jakim środkiem lokomocji i do jakiej kwoty)*
* zakwaterowania: ..................................................................................................................................................
 *(proszę podać jakie koszty zakwaterowania i w jakiej wysokości)*
* opłaty rejestracyjnej ................................................................................................................

 *(proszę podać kwotę i sposób płatności)*

* innych.......................................................................................................................................

*(proszę podać jakich)*

z funduszy programu/projektu …......................................................................................., którego jestem kierownikiem. *(numer programu/projektu)*

Wyjeżdżający/-ca jest stypendystą grantu/uczestnikiem projektu/doktorantem w Szkole Doktorskiej .........................................................................................................

*(jeśli dotyczy, proszę podać nazwę i/lub numer grantu/projektu, którego wyjeżdżający jest uczestnikiem)*

a jej/jego wyjazd jest związany z realizacją tematu ....................................................................... ............................................................................................................... , z którego jest finansowany.

*(proszę podać tytuł tematu, z funduszy którego jest opłacana podróż służbowa za granicę oraz nr umowy)*

Z wyjeżdżającym zawarto umowę zlecenie/o dzieło/stypendialną nr ………………………… na realizację ww. tematu.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ............................................................. |
| (data i podpis kierownika projektu/programu) |
| *Oświadczam, że znany mi jest „Regulamin wyjazdów za granicę w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu”* | Akceptuję: |
| …….....................………...…………………………. | …….....................………...…………………………. |
| *Własnoręczny podpis Wyjeżdżającego* | *(data i podpis Prorektora ds. Strategii Rozwoju Uczelni)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potwierdzenie zablokowania w w/w programie środków na podróż za granicę |  | Wyrażam zgodę: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  Kwota |  |  *(data i podpis pracownika blokującego środki)* |  | *(data i podpis Kwestora)* |