Załącznik nr 1

do Zarządzenia nr 182/XVI R/2024

z dnia 4 września 2024 r.

## **WNIOSEK DLA NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO**

(właściwe zaznaczyć)

□ o DOFINANSOWANIE STUDIÓW/SZKOŁY □ o DOFINANSOWANIE KURSU/SZKOLENIA

□ o UDZIELENIE URLOPU SZKOLENIOWEGO

**I. Dane pracownika**

1. Imię i nazwisko……………………………………………………………………….
2. Jednostka organizacyjna ……………………………………………………………..
3. Stanowisko .………………………………………………………………………….
4. Grupa pracowników:

□ badawczo – dydaktyczna □ dydaktyczna □ badawcza

1. Data zatrudnienia w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu…………….............

**II. Informacje o formie kształcenia**

1. Pełna nazwa i adres podmiotu prowadzącego kształcenie ………………………………………………………………………………………………
2. Wydział / Oddział…………………………………………………………………………..
3. Kierunek studiów / Nazwa kursu / Nazwa szkolenia

………………………………………………………………………………………………

1. Czas trwania kształcenia (wskazać zakres dat od.…..do…...)
2. Kwota opłaty za naukę....................................................(wskazać kwotę całościową)
3. Wnioskowana kwota dofinansowania ………………….
4. Forma płatności:

□ opłata jednorazowa

□ opłata ratalna ……………… (wskazać ile rat)

1. Płatność:

□ na podstawie faktury

□ na podstawie umowy trójstronnej w terminie do ……..

**III. Uzasadnienie wniosku przez pracownika**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

data i podpis pracownika

**IV. Opinia bezpośredniego przełożonego co do zgodności podjętej nauki z zajmowanym stanowiskiem oraz przydatności zawodowej**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………….....

data, pieczęć i podpis

Kierownika jednostki organizacyjnej

**V. Opinia Dziekana co do zgodności podjętej nauki z zajmowanym stanowiskiem oraz przydatności zawodowej**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………….....

data, pieczęć i podpis

Dziekana

**VI. Potwierdzenie danych zawartych w pkt. I**

Czy kształcenie spełnia warunki do udzielenia urlopu szkoleniowego:

□ tak

□ nie

……………………………………….

data i podpis pracownika

Działu Spraw Pracowniczych

**VII. Decyzja w sprawie dofinansowania opłat za naukę**

□ nie przyznaje się dofinansowania opłat za naukę,

□ przyznaje się dofinansowanie opłat za naukę w wysokości …………PLN

………………………………………..

data, pieczęć i podpis

Prorektor ds. Rozwoju Kadry

Akademickiej

**VIII. Decyzja w sprawie udzielenia urlopu szkoleniowego**

□ nie udziela się urlopu szkoleniowego

□ udziela się urlopu szkoleniowego w wymiarze ….….. dni roboczych.

………………………………………..

data, pieczęć i podpis

Prorektor ds. Rozwoju Kadry Akademickiej