Załącznik nr 4

do Procedury dotyczącej przygotowania i realizacji projektów finansowanych ze źródeł zewnętrznych

w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich

we Wrocławiu

(*załącznik do zarządzenia nr 60 /XVI R/2025*

*Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*

*z dnia 16 maja 2025 r.)*

**KARTA STANOWISKA PRACY WRAZ Z ZAKRESEM OBOWIĄZKÓW OSOBY ZATRUDNIONEJ PRZY REALIZACJI PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | | | | **Stanowisko pracy/ funkcja w projekcie:** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **Tytuł i numer projektu:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Jednostka/komórka organizacyjna:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Podstawa zatrudnienia, wymiar zatrudnienia, przewidywany okres zatrudnienia:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Do obowiązków pracownika w zakresie realizacji projektu należy:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Zakres odpowiedzialności (jeśli dotyczy):** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Kontakt:** | | | | | | | | | |
| Nr telefonu |  | | | | e-mail | |  | | |
| **Zastępstwo w czasie nieobecności:** | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | Nr telefonu | | |  |
| Stanowisko | |  | | | | e-mail | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Przyjąłem do wiadomości i akceptuję**

**……………………………………………………**

Data i podpis członka zespołu projektowego

**…………………………………………………….**

Data i podpis Kierownika Projektu

**…………………………………………………….**

Data i podpis Kierownika Jednostki Organizacyjnej