

ZGŁOSZENIE WYJAZDU PRACOWNIKA PWSZ W KONINIE ZA GRANICĘ

WNIOSEK NALEŻY SKŁADAĆ NAJPÓŹNIEJ 10 DNI PRZED PLANOWANYM WYJAZDEM*

| | | |
|---|--------------------------|------------------------|
| Tytuł, imię i nazwisko, stanowisko | | PESEL |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Miejsce pracy | e-mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Dokładny adres zameldowania (z kodem), numer telefonu kontaktowego | | |
| <input type="text"/> | | |
| Wyjazd do: kraj | | miasto |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Termin wyjazdu** | | Instytucja przyjmująca |
| od: <input type="text"/> | do: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rodzaj wyjazdu***: konferencja, seminarium, kurs, szkolenie (proszę wymienić) | | |
| <input type="text"/> | | |

| KOSZTY WYJAZDU | Źródło finansowania | Zgoda dysponenta środków (poświadczona jego własnoręcznym podpisem) |
|--|---------------------|--|
| Podróż: <input type="checkbox"/> Samolot <input type="checkbox"/> pociąg <input type="checkbox"/> Sam.służbowy <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> prom <input type="checkbox"/> Sam.prywatny nr rej _____ poj. silnika _____ | | |
| Wiza*: Pośrednictwo wizowe: <i>Czas oczekiwania na wizę do 21 dni</i> | | |
| Polisa ubezpieczeniowa (data urodzenia) | | |
| Ryczałt na dojazd: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | |
| Diety pobytowe: _____ (ilość) | | |
| Diety hotelowe: _____ (ilość) | | |
| Ryczałt hotelowy: _____ (ilość) | | |
| Wpisowe: (kwota) <input type="checkbox"/> zaliczka <input type="checkbox"/> przelew <input type="checkbox"/> zwrot na podstawie rachunku | | |
| Inne: | | |

Podpis osoby zgłaszającej wyjazd

Akceptacja kierownika jednostki organizacyjnej

Akceptacja Rektora PWSZ w Koninie

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zobowiązuję się wykupić przed wyjazdem za granicę polisę ubezpieczeniową obejmującą zabezpieczenie ryzyka utraty życia lub zdrowia na okres pobytu za granicą łącznie z podróżą.

data i czytelny podpis osoby wyjeżdżającej

WYPEŁNIA BIURO KADR

Nr sprawy: _____

| | | | |
|--------------------------|--|------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Wyjazd szkoleniowy do 1 m-ca | w terminie | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Urlop naukowy (rozprawa habilitacyjna) | w terminie | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Urlop naukowy (rozprawa doktorska) | w terminie | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Urlop naukowy bezpłatny | w terminie | _____ |

podpis pracownika Biura Kadr