Pieczątka jednostki Załącznik nr 2 do Zarządzenia Rektora 28/2016/2017

ZGŁOSZENIE WYJAZDU DOKTORANTA ZA GRANICĘ

# WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ W DWZ NAJPÓŹNIEJ 14 DNI PRZED PLANOWANYM WYJAZDEM\*

Imię i nazwisko PESEL

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Wydział, rok studiów,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ⁪ studia stacjonarne  ⁪ pobiera stypendium ⁪ bez stypendium | ⁪ studia zaoczne |

Dokładny adres zameldowania (z kodem), numer telefonu kontaktowego, e-mail

|  |
| --- |
|  |

Wyjazd do: kraj miasto

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Termin wyjazdu Instytucja przyjmująca

|  |  |
| --- | --- |
| od do |  |

Rodzaj wyjazdu\*\* : stypendium, staż naukowy, konferencja, wykłady, kursy, kwerenda, inne (podać jakie)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Wysokość stypendium pobieranego za granicą\*\*: | | |
| KOSZTY WYJAZDU | Źródło finansowania | Zgoda dysponenta środków (*poświadczona jego własnoręcznym* *podpisem)* | |
| Podróż: Samolot pociąg Autobus prom  Sam.prywatny nr rej \_\_\_\_\_\_\_\_\_ poj. silnika\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | |
| Wiza\*:  Pośrednictwo wizowe:  *Czas oczekiwania na wizę do 21 dni* |  |
| Polisa ubezpieczeniowa  *data urodzenia:* |  |
| Ryczałt na dojazd: tak nie |  |
| Diety pobytowe: \_\_\_\_\_(ilość)  Koszty noclegu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_(kwota)  Ryczałt hotelowy: \_\_\_\_\_\_\_\_(ilość) |  |
| Wpisowe: (kwota)   zaliczka  przelew  zwrot na podstawie rachunku |  |
| Inne: |  |

\* patrz procedury wyjazdowe na str. www. <http://pracownicy.amu.edu.pl/kategorie/nauka-i-wspolpraca-miedzynarodowa/dzial-wspolpracy-z-zagranica/informacje,-procedury-i-obszary-dziaania>; w przypadku wyjazdów pow. 1 miesiąca proszę dostarczyć wniosek do DWZ odpowiednio wcześniej

\*\* proszę dołączyć zaproszenie lub/oraz dokument potwierdzający wysokość przyznanego na wyjazd stypendium

*Temat Badawczy:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Wypełnia Promotor*  **podpis doktoranta**

|  |
| --- |
| wyjazd długoterminowy : ⁪ związany z pracą doktorską ⁪ innyAkceptacja Promotora |

|  |  |
| --- | --- |
| **Akceptacja Kierownika Studium Doktoranckiego** | **Akceptacja Dziekana** |

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Proszę o wypłatę zaliczki:

 w formie gotówkowej. Data odbioru: …………………………

 w postaci przelewu środków na mój rachunek bankowy.

Numer rachunku …………………………………...………… Waluta rachunku ..……..

 w formie zasilenia karty przedpłaconej o numerze …………………...…………………..

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i przestrzegania zapisy „Instrukcji dotyczącej zasad regulujących wyjazdy zagraniczne pracowników, doktorantów i studentów UAM oraz rozliczania tych wyjazdów”. Wyrażam zgodę, aby w przypadku nie złożenia rozliczenia w terminie 14 dni od zakończenia podróży potrącić równowartość zaliczki z mojego wynagrodzenia / stypendium.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data i* *czytelny podpis osoby wyjeżdżającej*

\* *wypełnić w przypadku, gdy polisa nie jest finansowana ze środków UAM!*

**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*