



Załącznik nr 4 do Regulaminu udziału w Programie PKD

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

Poznań, dnia |proszę uzupełnić|

WNIOSEK O WYJAZD NA STAŻ ZA GRANICĘ

WNIOSEK NALEŻY SKŁADAĆ NAJPÓŹNIEJ 4 TYGODNIE PRZED PLANOWANYM WYJAZDEM

1. |proszę uzupełnić| tytuł/stopień naukowy |proszę uzupełnić| imię, nazwisko **pracownik**
stanowisko
2. |proszę uzupełnić| telefon komórkowy |proszę uzupełnić| e-mail |proszę uzupełnić| PESEL:
3. Wyjazd do: |proszę uzupełnić| kraj / miejscowość
4. Wyjazd w dniach od |Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę| do |Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę|, liczba dni: |proszę uzupełnić|
5. Rodzaj wyjazdu: **staż JOB SHADOWING/ staż ON THE JOB¹**
6. |proszę uzupełnić| Nazwa instytucji/firmy przyjmującej na staż
7. Kosztorys:

KOSZTY WYJAZDU	ŹRÓDŁO FINANSOWANIA	PIECZEŃ I PODPIS DYSPONENTA ŚRODKÓW
PODRÓŻ:		
a) Trasa: (w obie strony np. Poznań-Ateny-Poznań) proszę uzupełnić		
b) Środek transportu: (proszę wybrać właściwe)		
<input type="checkbox"/> Samolot <input type="checkbox"/> Pociąg <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Prom		
<input type="checkbox"/> Samochód prywatny (zwrot do równowartości biletów komunikacji publicznej)		
c) Wiza <input type="checkbox"/> TAK proszę uzupełnić (kwota) <input type="checkbox"/> NIE		
DOFINANSOWANIE UTRZYMANIA I ZAKWATEROWANIA²:		
d) Dieta: proszę uzupełnić (liczba) x proszę uzupełnić (kwota diety)		
e) Nocleg: proszę uzupełnić (liczba) x proszę uzupełnić (kwota diety)		
f) Dieta dojazdowa: 1 x proszę uzupełnić (kwota diety)		
INNE: (jeżeli dotyczy) proszę uzupełnić		
SZACOWANY CAŁKOWITY KOSZT WYJAZDU: proszę uzupełnić w walucie obcej proszę uzupełnić w PLN (według kursu proszę uzupełnić na dzień 02.02.2026 r.)		
	Płatne ze środków projektu: „Najlepsi z natury! Kształcenie na potrzeby gospodarki”. Konto księgowo 504.624 Dział Projektów MPK: 10/1026 GZF: FSD Konto alokacji: 501-8010 ID: 10/1026/FRS23/0624-033	*podpis Kierownika Projektu

¹ Skreślić niewłaściwe

² Wysokość diety zgodna z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. (Dz. Ustaw nr 167)





RACHUNEK BANKOWY:

Rachunek prowadzony w PLN

proszę uzupełnić

numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonana wypłata stypendium

proszę uzupełnić

nazwa banku

8. Cel wyjazdu: realizacja stażu zagranicznego typu job shadowing/on the job w wymiarze dni³.

9. Dodatkowe informacje

Staż zagraniczny job shadowing / on the job odbywa się w oparciu o zaproszenie Uczestnika/czki Programu przez ośrodek akademicki/institucję, firmę goszczącą. Staż jest organizowany i finansowany w ramach projektu „Najlepsi z natury! Kształcenie na potrzeby gospodarki” dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.

10. Ubezpieczenie

Uczestnik/czka Programu w ramach projektu nie jest objęty/a ubezpieczeniem. Zaleca się samodzielne wykupienie ubezpieczenia przez Uczestnika/czkę Programu w zakresie odpowiednim od preferencji i wykonywanych obowiązków w trakcie stażu zagranicznego obejmującego w szczególności transport zwłok.

W związku z wyjazdem zagranicznym Uczestnik/czka Programu powinien/na wystąpić do oddziału NFZ o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

11. Zobowiązuję się do dokonania rozliczenia pobranych dewiz poprzez potwierdzenie obecności na stażu zagranicznym w zaplanowanym wymiarze czasu (po zrealizowanym stażu do biura projektu należy dostarczyć sprawozdanie oraz listę obecności, dokumenty podpisane przez instytucję/firmę przyjmującą na staż).

Uczestnik/czka Programu nie ma obowiązku przedstawiania odpowiednich dokumentów potwierdzających poniesienie kosztu (rachunek / faktura / umowa najmu wraz potwierdzeniem przelewu).

Rozliczenia należy dokonać w terminie 10 dni od zakończenia podróży. Po tym czasie nierozliczona w terminie zaliczka na wyjazd zostanie potrącona z najbliższego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę/umowy cywilno-prawnej.

.....
data i czytelny podpis osoby wyjeżdżającej

12. Zgoda bezpośredniego przełożonego oraz Dziekan/a Wydziału:

Potwierdzam zasadność stażu zagranicznego, długość pobytu oraz źródło finansowania:

.....
data, pieczęć bezpośredniego przełożonego

.....
data, pieczęć Dziekan/a Wydziału

13. Zgoda Prorektora ds. Współpracy Międzynarodowej:

.....
data, pieczęć Prorektora ds. Współpracy Międzynarodowej

OŚWIADCZENIE O PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W FORMULARZU

Ja, niżej podpisany/na, świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia lub zatajenia prawdy wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Dz.U.2025 poz. 383 t.j.), oświadczam, że wszystkie dane złożone przeze mnie w niniejszym są zgodne z prawdą.

.....
data i czytelny podpis osoby wyjeżdżającej

³ 7-14-21-28 dni kalendarzowych

