ora  
  
  
*załącznik nr 1 do zarządzenia Rektora UG nr 19/R/17*

WNIOSEK INDYWIDUALNY O DOFINANSOWANIE DOKSZTAŁCENIA  
DLA NAUCZYCIELI AKADEMICKICH

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ  *(wypełnia osoba wnioskująca)* | | | | | | | | |
| Nazwisko i Imię osoby wnioskującej | |  | | | | | | |
| Jednostka organizacyjna | |  | | | | | | |
| Stanowisko |  | | | | Wymiar etatu | | | % |
| Zatrudnienie w UG | Czas nieokreślony | | Od dnia |  | | | | |
| Czas określony | | Od dnia |  | | Do dnia |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMA DOKSZTAŁCENIA  *(wypełnia osoba wnioskująca)* | | | | (*proszę zaznaczyć odpowiednie)* | |
| Studia MBA | | | |  | |
| Szkolenia/kursy specjalistyczne wg. potrzeb wynikających ze specyfiki działania jednostek organizacyjnych | Szkolenia/ Kursy specjalistyczne | | |  | |
| Dot. Unii Europejskiej | | |  | |
| Komputerowe | | |  | |
| Językowe | | |  | |
| Koszt netto | |  | | | |
| OPIS WNIOSKU O DOFINANSOWANIE  (krótkie uzasadnienie wniosku nazwa firmy szkoleniowej /Uczelni, liczba semestrów, nazwa szkolenia, czas trwania, system płatności itp.)  *(wypełnia osoba wnioskująca)* | | | | |
|  | | | | |
|  | | | ..............................................................................................  *Data i podpis wnioskującego* | |
| OPINIA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO  (zawierająca ocenę przydatności w pracy wybranego dokształcania oraz informację o wyniku ostatniej okresowej oceny nauczyciela akademickiego) | | | | |
|  | | | | |
| ..................................................................................................  *Data, pieczątka i podpis bezpośredniego przełożonego* | | | OPINIA PRZEŁOŻONEGO WYŻSZEGO SZCZEBLA  ...................................................................................  *Data, pieczątka i podpis przełożonego wyższego szczebla* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POTWIERDZENIE PRZEZ SEKCJĘ DS. SZKOLEŃ  *(wypełnia pracownik Sekcji ds. szkoleń)* | | | |
| Data wpływu wniosku |  | | |
| Dostępność środków | BRAK ŚRODKÓW / DOSTĘPNE ŚRODKI\* | | |
| Kwota dostępności środków | | ........................................................................ zł. |
|  | | .......................................................................................  *Data, pieczątka i podpis osoby potwierdzającej* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DECYZJA REKTORA UG | | |
| ZGODA / BRAK ZGODY\* | | Dofinansowanie .................................................... %  opłata semestralna / roczna\* |
| Powołanie doraźnej komisji opiniującej | | TAK / NIE\* |
| Czy ma być zawarta umowa na dokształcanie? | | TAK / NIE\* |
| Czasokres odpracowania po zakończeniu dokształcenia | 1. 1 / 2 / 3 lata\* 2. W przypadku zawarcia stosunku pracy na czas określony nie dłużej niż do dnia zawarcia stosunku pracy z zastrzeżeniem pkt 1) | |
|  | | .......................................................................................  *Data, pieczątka i podpis Rektora UG* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAWIADOMIENIE WNIOSKUJĄCEGO O DECYZJI  *(wypełnia pracownik Sekcji ds. Szkoleń)* | | |
| Data powiadomienia |  | ...................................................................................  *Data, pieczątka i podpis osoby zawiadamiającej* |
| Rodzaj powiadomienia | telefon / e-mail /pismo\* |

\* *niepotrzebne skreślić*