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*