

*załącznik nr 2 do zarządzenia Rektora UG nr 19/R/17*

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE DO ZBIOROWEGO DOKSZTAŁCANIA  
DLA NAUCZYCIELI AKADEMICKICH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ  *(wypełnia osoba wnioskująca)* | | |
| Nazwisko i Imię osoby wnioskującej | |  |
| Jednostka organizacyjna | |  |
| Stanowisko |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FORMA DOKSZTAŁCENIA ZBIOROWEGO  *(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, kierunek studiów, rok studiów, nazwa Uczelni, liczba semestrów, nazwa szkolenia, czas trwania, wysokość opłaty, system płatności itp.)  *(wypełnia osoba wnioskująca)* | |
|  | |
|  | ...............................................................................  *Data i podpis wnioskującego* |

**UWAGA!** Do wniosku należy dołączyć listę Uczestników.

|  |  |
| --- | --- |
| OPINIA 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 .................................................... % |
| 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*