…………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………….

Stanowisko

……………………………...….….

Jednostka organizacyjna

 **Komisja ds. podnoszenia kwalifikacji**

 **zawodowych pracowników uczelni**

**WNIOSEK**

**o wyrażenie zgody na podnoszenie kwalifikacji zawodowych**

Proszę o wyrażenie zgody na udział w: ……………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………

(forma kształcenia zgodnie z §2 ust. 1 RWRZPU)

System kształcenia ………………………………….………………………………………….……….

(stacjonarny, niestacjonarny)

Czas trwania formy kształcenia ………………………..………………………………………………..

Data rozpoczęcia i zakończenia formy kształcenia …………….……………………………………….

Nazwa i adres organizatora (instytucji) …………………………..….…………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

Koszt ……………………………………………………………………………………………...……..

Proszę również o sfinansowanie dodatkowych świadczeń:

1. pokrycie całości opłaty za kształcenie
2. pokrycie części opłaty za kształcenie w wysokości ………………………………… zł
3. zwrot kosztów przejazdu w wysokości ……………………………………………... zł
4. zwrot kosztów zakwaterowania w wysokości ………………………………………. zł

Uzasadnienie wniosku i uzasadnienie wyboru oferty ………………………..………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….…………..

Załączniki:

1. Oferta organizatora (program formy kształcenia)

2. Informacja o opłatach.

 ………....…….…………………………

 data i podpis pracownika wnioskującego

Opinia bezpośredniego przełożonego …………………………..………………………………………..

…………………………………………………………………………………….……………………...

……………………………………………………………………….……………………………….…..

 …….………………………………………

 data i podpis bezpośredniego przełożonego

Potwierdzam dostępność środków w ramach Regulaminu wsparcia rozwoju pracowników uczelni

 …………………………………………….

 data i podpis kwestora

Opinia komisji\*

na sfinansowanie/na dofinansowanie\* formy kształcenia: ………………………………………………

oraz świadczeń wymienionych w pkt ………………………………………….………………..…….…

Przyznano dofinasowanie w wysokości: ……………………….……………..…………………………

 …………………………………………….

 ……………………………………………

 data i podpisy komisji\*

Decyzja rektora

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na sfinansowanie formy kształcenia

 ……………………………………………

 data i podpis rektora

⃰ Niepotrzebne skreślić