…………………………….………………..

(miejscowość, data)

……………………….…………

(imię i nazwisko, tytuł / stopień naukowy  
nr pracownika)

…………………………………

(stanowisko)

…………………………………

(jednostka organizacyjna Uniwersytetu)

**Jego Magnificencja**

**Rektor Uniwersytetu Śląskiego   
w Katowicach**

**Wniosek o udzielenie płatnego długoterminowego**

**zagranicznego urlopu szkoleniowego**

Na podstawie § 71 ustęp 6 regulaminu pracy Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, zwracam się z wnioskiem o udzielenie mi płatnego długoterminowego zagranicznego urlopu szkoleniowego   
w związku z wyjazdem za granicę:

Termin wyjazdu za granicę (dd.mm.rrrr – dd.mm.rrrr): …………….……………………….

Kraj, miasto: …………………………….……………………………………………………

Instytucja docelowa: ……..…………………………………...……………………..………..   
Cel wyjazdu: ….………………………………………………………………………………

Wnioskowany procent (%) wynagrodzenia: ……………………………………………………

Uzasadnienie:

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

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

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

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

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

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

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

………………………………

(czytelny podpis pracownika)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Zgoda bezpośredniego przełożonego (dziekana):

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

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

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

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

1. Opinia dyrektora instytutu:

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

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

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

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

1. Opinia dyrektora kierunku (dyrektorów kierunku):

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

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECYZJA JM REKTORA**

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody

………………………………………….

Data i podpis JM Rektora