|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(pieczątka jednostki organizacyjnej*  *osoby wyjeżdżającej)* | **Wniosek**  **O**  **ZAGRANICZNĄ PODRÓŻ SŁUZBOWĄ** | Lublin, ……………… |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pracownik …………..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| *(tytuł naukowy, imię i nazwisko)* | | | | | |
|  | | | | | |
| *(adres zamieszkania)* | | | | | |
|  | | | | | |
| *(seria i nr paszportu/dowodu osobistego\*)* | | |  | *(nr PESEL)* | |
| Kraj |  | Ośrodek zagraniczny | | |  |
| Data wyjazdu i powrotu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Cel wyjazdu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| |  | | --- | | **Podróż w ramach (proszę zaznaczyć właściwe):**   * **umowy międzynarodowej obowiązującej w okresie** ………………. zawartej z European Commmission * **NAWA, Fulbright, Cost, inny program** (jaki?) | | | | | | |

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ UMCS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Liczba** | **Stawka** | **Waluta** | **Wartość** | **Szacunkowa wartość**  **w PLN** | **MPK , ZFIN** |
| **PRZEJAZD;**  proszę zaznaczyć środek transportu:  **samochód prywatny/służbowy/samolot/pociąg/ autobus/bus**(w przypadku samochodu prywatnego stosuje się zarządzenie 11/2021 Rektora UMCS) |  |  |  |  |  |  |
| Ryczałt na pokrycie kosztów dojazdu |  |  |  |  |  |
| Diety / diety „kieszonkowe” |  |  |  |  |  |
| Zwrot kosztów noclegów / ryczałt (25% limitu) |  |  |  |  |  |
| Ryczałt na przejazdy komunikacją miejscową (10% diety/dzień) |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | | |  |  |

**Oświadczenia Pracownika**

1. Oświadczam, iż świadczenia, o które wnioskuje, nie są pokrywane przez w/w ośrodek zagraniczny lub inne źródła zewnętrzne.
2. Zobowiązuję się do rozliczenia w/w podróży w ciągu 14 dni od dnia jej zakończenia.
3. W przypadku wyjazdu do kraju Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, oświadczam, że zaopatrzę się w kartę EKUZ uprawniającą do opieki medycznej w tych krajach. Brak karty EKUZ spowoduje konieczność opłacenia ewentualnego leczenia ze środków własnych.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z podstawą prawną wyjazdu, tj. Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. *w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej.*
5. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin, będący Administratorem Danych Osobowych, danych osobowych dotyczących mnie zgromadzonych:

w związku i w celu realizacji procesu rezerwacji i zakupu biletów lotniczych na podróże służbowe Agencję Podróży Transer z siedzibą przy pl. Solnym 18/19, 50-063 Wrocław, NIP 898-002-11-49 REGON 006322970;

w związku i w celu realizacji procesu wypłaty zaliczki na podróże służbowe bankowi PKO SA III Oddział w Lublinie, Filia 5 z siedzibą pl. Marii Curie- Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin/ mBank S.A. Oddział Korporacyjny Lublin z siedzibą przy ul. Spokojna 2, 20-074 Lublin;

w związku i w celu realizacji procesu ubezpieczenia firmie Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Region Sprzedaży Korporacyjnej Wschód, Lublin, ul. Anny Walentynowicz 1A .

Moja zgoda ważna jest teraz i w przyszłości, pod warunkiem braku zmiany celu przetwarzania danych i odbiorcy, którego zgoda dotyczy. Posiadam wiedzę o dobrowolności złożenia niniejszego oświadczenia oraz możliwości jego odwołania w dowolnym momencie, przy czym zostałam/em uprzedzona/y, że odwołanie zgody będzie skutkować brakiem możliwości realizacji procesu: rezerwacji i zakupu biletów lotniczych na podróże służbowe/wypłaty zaliczki na podróże służbowe/ ubezpieczenia. Zostałem poinformowana/y o celu, zasadach i sposobie przetwarzania danych w związku z realizacją ww. procesu oraz prawie kontaktu z administratorem danych w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem: [abi@umcs.lublin.pl](mailto:abi@umcs.lublin.pl)

**……………………………………………………….**

Data i podpis osoby wyjeżdżającej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………….  Akceptacja merytoryczna wniosku[[1]](#footnote-1) | ………………………………………….  Akceptacja dysponenta środków finans.[[2]](#footnote-2) | ………………………………………….  Potwierdzenie poprawności formalnej wniosku[[3]](#footnote-3) |
| ………………………………………  Potwierdzenie poprawności źródła finansowania[[4]](#footnote-4) | **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wyjazd**  ……………………………………………………  Data i podpis Rektora |

1. Kierownik Katedry/Dyrektor Instytutu/Dyrektor Szkoły Doktorskiej ORAZ Koordynator Projektu (w przypadku podróży w ramach projektu) [↑](#footnote-ref-1)
2. Dziekan Wydziału lub inny pracownik posiadający odpowiednie pełnomocnictwo [↑](#footnote-ref-2)
3. Zespół ds. Wyjazdów Zagranicznych [↑](#footnote-ref-3)
4. Centrum Badań Naukowych/Centrum Współpracy Międzynarodowej/Centrum Transferu W. i T/ kontroling/inne [↑](#footnote-ref-4)