|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE WNIOSEK SKIEROWANIE NA WYJAZD ZA GRANICĘ | NR DOKUMENTU | DATA WPŁYWU DO CWM |

**PRACOWNIK SGH**   **UCZESTNIK PROJEKTU SPOZA SGH\***

## WNIOSKODAWCA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | Tytuł i stopień naukowy | PESEL |
|  |  |  |
| Nr dokumentu podróży (paszport, dowód Os.), data ważności dokumentu | Stanowisko | Miejsce zatrudnienia (Kolegium, Katedra – Instytut / Jednostka Administracyjna) \* |
|  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania /ulica – miasto – kod pocztowy/ | Telefon kontaktowy | Adres e-mailowy |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WNIOSEK | Proszę o skierowanie mnie za granicę, zgodnie z poniższymi warunkami: | CEL WYJAZDU  (opisz szczegółowo i zaznacz właściwe poniżej) |  |
| Staż naukowy/specjalizacyjny | Studia doktoranckie / podyplomowe | Konferencje, sympozja itp. | Prowadzenie badań naukowych |
| Działalność dydaktyczna | Wyjazd organizacyjny | Inny (określ) |  |
| PODSTAWA WYJAZDU (podaj nazwę programu/projektu  oraz zaznacz właściwe poniżej) |  | Wymiana międzyuczelniana | Programy Unii Europejskiej |
| Umowy i porozumienia rządowe | Inna (określ) |  |  |
| OKRES POBYTU ZA GRANICĄ | od | do | Liczba dni |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa instytucji przyjmującej oraz organizatora** | **Miejscowość** | **Kraj** |
| 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. |

|  |  |
| --- | --- |
| ZOBOWIĄZANIE | 1.Zobowiązuję się do rozliczenia kosztów wyjazdu i złożenia sprawozdania pisemnego w ciągu 14 dni po powrocie z zagranicy.  2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych \*\* |
| Data i podpis wnioskodawcy | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Uwagi CWM/Jednostki Kierującej |  |

## SKIEROWANIE

**Kieruję wnioskodawcę za granicę w ramach:**

**Urlopu**

**Delegacji służbowej (dotyczy wyjazdów organizacyjnych)**

**i przyznaję następujące świadczenia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Rodzaj świadczenia | Liczba świadczeń | Kwota świadczenia (rodzaj waluty) | Źródło finansowania  (nr subkonta w SGH) |
| 1. | Dieta pobytowa |  |  |  |
| 2 | Limit hotelowy |  |  |  |
| 3. | Dieta na komunikację 10% |  |  |  |
| 4. | Dieta dojazdowa |  |  |  |
| 5. | Stypendium |  |  |  |
| 6. | Ubezpieczenie |  |  |  |
| 7. | Opłata konferencyjna |  |  |  |
| 8. | Opłata wizowa |  |  |  |
| 9. | Inne: |  |  |  |
| 10. | Koszty podróży |  |  |  |
| Środek transportu | Samolot | Kolej | Autokar | Samochód |

Instytucja spoza SGH pokrywa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer pozycji świadczenia:**  (dotyczy środków znajdujących się  na koncie SGH) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do dysponowania środkami** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Podpis i pieczęć osoby potwierdzającej środki w budżecie** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## PODPIS I PIECZĘĆ OSÓB ZATWIERDZAJĄCYCH WYJAZD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Kierownik jednostki** | **Dziekan / Kanclerz** | **Rektor** |

\* W rubryce „Miejsce zatrudnienia” proszę wskazać podstawę współpracy (tytuł projektu, umowa zlecenia, dzieło itp.)

\*\*INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH:

1. Administratorem danych osobowych jest Szkoła Główna Handlowa w Warszawie z siedzibą przy al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa, zwana dalej SGH.
2. W SGH został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail iod@sgh.waw.pl.
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji mobilności dotyczącej nauczania/szkolenia/konferencji
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:

* art. 6 ust. 1 lit. c 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.), zwanego dalej RODO, tzn. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
* art. 6 ust. 1 lit. b RODO – tzn. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy – w tym przypadku umowy na wyjazd pracownika w celach dydaktycznych lub szkoleniowych.

1. W celu realizacji mobilności dotyczącej nauczania/szkolenia/konferencji i zawarcia umowy niezbędne jest podanie danych osobowych. W przypadku niepodania danych osobowych, nie będzie możliwe wzięcie udziału w programie mobilności.
2. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa.
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani – na podstawie tych danych – nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
6. Przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza RODO.