*Załącznik nr 1*

*Lublin, dnia ……………………………*

**WNIOSEK NR …………………………….…………….**

**O DOFINANSOWANIE FORMY KSZTAŁCENIA   
PRACOWNIKA KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO JANA PAWŁA II**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna (Dział, Wydział)** | **Imię i nazwisko pracownika/pracowników** |
|  |  |
| **Forma kształcenia** | |
| |  |  | | --- | --- | | **🞏** kursy dokształcające, w tym językowe, | **🞏** szkolenia, | | **🞏** studia podyplomowe, | **🞏** staże, praktyki i wizyty studyjne, | | **🞏** inne formy kształcenia (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| **Termin oraz kierunek studiów/przedmiot kursu/szkolenia** | **Wysokość kosztów** |
|  |  |
| **Liczba godzin** | **Jednostka przyjmująca (np. jednostka realizująca kurs**  **w KUL lub zewnętrzny)** |
|  |  |
| **System płatności** | **Sposób finansowania** |
| |  |  | | --- | --- | | **🞏** jednorazowa | **🞏** w ratach | | |  |  | | --- | --- | | **🞏** poza limitem    nr zapotrzebowania: |  | |  |  | |
| |  | | --- | | ……………………………………………………………………………………. | | data i podpis pracownika/osoby wnioskującej | | |
| |  | | --- | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | opinia bezpośredniego przełożonego  *podpis* | |  | | |
| |  | | --- | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | opinia merytoryczna właściwej jednostki  *podpis* | | |
| |  | | --- | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | opinia Działu Spraw Pracowniczych  *podpis*  Decyzja | | |
| |  | | --- | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | Prorektor właściwy ds. ………………………………………… | |  | |  | | |