Załącznik nr 12 do Procedury planowania i rozliczania dydaktyki w UMB

Białystok, dn. …..

Imię i Nazwisko Kierownika Jednostki Dydaktycznej: …

Nazwa Jednostki Dydaktycznej UMB: …

Telefon, mail do kontaktu: …

Pan

mgr Konrad Raczkowski

Kanclerz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zwracam się z prośbą o oddelegowanie (Imię i Nazwisko Pracownika): …

zatrudnionego w (Nazwa Jednostki Dydaktycznej): …

na stanowisku (Stanowisko z wymiarem etatu): …

do prowadzenia zajęć dydaktycznych w (Nazwa Jednostki Dydaktycznej): …

w okresie (Termin): …

w wymiarze (Pełna liczba godzin): …

**Wniosek o oddelegowanie**

| lp. | kierunek (stopień) | stacjonarne /niestacjonarne | rok studiów | rodzaj zajęć | Liczba godzin |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie:**

**Wydziału Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim:**

**Wydziału Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej:**

**Wydziału Nauk o Zdrowiu:**

**Podpis oddelegowywanego pracownika:**

**Podpis i pieczęć Kierownika jednostki wnioskującej:**

**Podpis Kanclerza UMB:**

**Podpis i pieczęć bezpośredniego kierownika (jeśli dotyczy):**

**Potwierdzenia Prorektora ds. Kształcenia UMB:**