Załącznik nr 12 do Procedury planowania i rozliczania dydaktyki w UMB

|  |
| --- |
|  |
| *Imię i Nazwisko Kierownika Jednostki Dydaktycznej*  |
|  |
| *Nazwa Jednostki Dydaktycznej UMB* |
|  |
| *Telefon, mail do kontaktu* |

 Białystok, dn. …..

Pan

mgr Konrad Raczkowski

Kanclerz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Wniosek o oddelegowanie**

|  |  |
| --- | --- |
| 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*  |

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

Uzasadnienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Wydziału Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim* | *Podpis oddelegowywanego pracownika* |
|  |  |
| *Wydziału Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej* | *Podpis i pieczęć Kierownika jednostki wnioskującej* |
|  |  |
| *Wydziału Nauk o Zdrowiu* | *Podpis Kanclerza UMB* |
|  |
| *Podpis i pieczęć bezpośredniego kierownika (jeśli dotyczy)*  |

|  |
| --- |
|  |
| *Potwierdzenia Prorektora ds. Kształcenia UMB* |